

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

246

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Berthe FIGUET, née WASSERMANN

Née le 8 Septembre 1905, à Suceava (Roumanie).

RENSEIGNEMENTS FOURNIS
PAR
L'HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE
DANS 100 CAS D'HÉMORRAGIES
UTÉRINES
AVANT LA MÉNOPAUSE

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Berthe FIGUET, née WASSERMANN

Née le 8 Septembre 1905, à Suceava (Roumanie).

RENSEIGNEMENTS FOURNIS
PAR
L'HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE
DANS 100 CAS D'HÉMORRAGIES
UTÉRINES
AVANT LA MÉNOPAUSE

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcleux, 29
1941



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCO	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER		GATELLIER	
CONZELOT		de GAUDART	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
EASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
MEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT ,agrége	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MES REGRETTES PARENTS

A MON MARI

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage respectueux de notre
profonde gratitude pour tout
l'enseignement que nous lui de-
vons.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL PALMER

Chef de travaux de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer
cette thèse et qui n'a cessé de
nous prodiguer ses conseils
éclairés et bienveillants.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MORICARD

Chef du laboratoire
à la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca

A MONSIEUR J. PULSFORD

Assistant d'Electro-Radiologie des Hôpitaux de Paris

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

L'hystérogaphie a beaucoup facilité le diagnostic des hémorragies utérines. Dans la grande majorité des cas, en effet, l'examen gynécologique ne nous donne que peu de renseignements. L'hystérogaphie nous permet, en particulier toujours de préciser si les hémorragies utérines proviennent ou non d'une lésion utéro-tubaire organique.

A. Rappelons d'abord les principales lésions utéro-tubaires décelables par l'hystérosalpingographie.

1) Les *fibromes sous-muqueux* tiennent la première place parmi ces lésions. Uniques ou multiples, ils font saillie sous la muqueuse, déforment la cavité utérine, mais extérieurement le muscle utérin peut rester normal et le toucher vaginal ne découvre rien de particulier. Ce n'est que l'histoire clinique assez caractéristique des règles, soit plus abondantes et prolongées au delà de huit jours, soit règles plus abondantes et hémorragies intermenstruelles surajoutées, qui nous fait penser à la possibilité d'un fibrome sous-muqueux. Ici, l'hystérogaphie tranchera la question, car les fibromes sous-muqueux donnent, après injection au lipiodol, des images lacunaires caractéristiques sur lesquelles nous reviendrons dans un chapitre spécial.

2) La deuxième lésion intra-utérine par ordre de fréquence est le *polype*. A part le polype intracervical, qui fait saillie dans le vagin et déforme parfois le col utérin,

tous les autres polypes échappent complètement à l'examen gynécologique, tandis que l'hystérographie révèle leur existence, ainsi que leur siège exact.

3) Quant au diagnostic de la *rétenion placentaire*, origine fréquente de métrorragies chez des femmes entre 20 et 40 ans, il n'est pas toujours évident par le seul examen gynécologique. L'histoire clinique en est parfois obscure, la malade ne peut pas ou ne tient pas à préciser s'il y a eu un retard des règles, si l'œuf a été expulsé en entier. Si on a la certitude qu'il n'y a pas gestation encore en évolution, (au besoin après l'avoir vérifié par une réaction de Friedmann avec 2 cc. d'urine du matin), on aura alors recours à l'hystérographie qui décidera du traitement à faire.

4) Très souvent, les hémorragies utérines sont liées à une *hyperplasie de la muqueuse utérine*, lésion qui ne donne aucun symptôme à l'examen gynécologique, à part l'hypertrophie concomitante du muscle utérin dans les cas chroniques. L'hystérographie en précisera souvent le diagnostic, lequel pourrait être confirmé par l'examen histologique après curettage biopsique.

5) *Le cancer du corps utérin*, quoique rare chez la jeune femme, se voit dans cinq pour cent des cas chez des malades avant la ménopause, présentant des hémorragies utérines. Or, au début, lorsque les hémorragies n'ont pas encore pris le type de métrorragies continues du cancer de l'utérus, où elles se présentent comme de simples métrorragies ou des métrorragies discontinues, le diagnostic est parfois impossible d'avec les autres lésions intra-utérines. Pour poser le diagnostic de cancer de l'utérus, il faut avoir la *preuve histologique*. L'hystérographie est utile ici à double point de vue. Elle donne une image nette du néoplasme utérin et elle permet à la biopsie de prélever un fragment de la zone suspecte. Quoique le curettage méthodique ramène toujours un fragment pathologique,

théoriquement au moins, il a le désavantage de donner à l'histologiste de nombreux fragments, et si tous ces fragments ne sont pas examinés, on risque de passer à côté du diagnostic de cancer utérin. La biopsie faite après l'hystéroggraphie est beaucoup plus simple, car connaissant le siège de la lésion, on sait où il faut diriger la curette pour ramener un fragment pathologique.

6) Le *cancer intra-cervical* peut également parfois être décelé par l'hystéroggraphie; on sait combien son diagnostic peut être difficile au début. Aussi (en cas de métrorragies irrégulières, surtout si elles sont provoquées), si l'image de la cavité corporeale est indemne de toute lésion et si l'image cervicale présente quelque ombre douteuse, il ne faut pas hésiter à explorer toute la cavité cervicale avec une fine curette tranchante ou avec l'hystéroscope.

B.) Dans près de la moitié des cas d'hémorragies utérines avant la ménopause, on ne trouve pas de lésion organique utérine à l'hystéroggraphie; on peut, avec Claude BECLERE, désigner ces hémorragies sans lésions organiques objectives à l'hystéroggraphie comme « hémorragies utérines fonctionnelles ». L'infection de l'ovaire et surtout l'ovarite scléro-kystique, ainsi que toutes les tumeurs ovariennes, peuvent être à leur origine.

Mais l'ovaire n'est pas toujours en cause; les autres glandes endocrines peuvent aussi intervenir dans le mécanisme de ces hémorragies fonctionnelles: l'hypophyse, la glande thyroïde par hyper- ou hypofonctionnement peuvent jouer leur rôle dans la production des hémorragies utérines.

Il faut enfin faire une place à la congestion passive de l'utérus d'origine cardiaque, hépatique, rénale, ou due à l'hypertension artérielle. Les troubles de la crase sanguine (hémophilie, ou bien plus souvent hémogénie) doi-

vent également être mentionnés comme facteur étiologique des hémorragies utérines.

L'utérus, sans présenter des véritables lésions organiques, est souvent en cause par une forte rétroversion ou un prolapsus.

Nous nous baserons dans ce travail sur les cent dernières observations de malades entre 20 ans et la ménopause, atteintes d'hémorragies utérines, hystérogaphiées à l'hôpital Broca par le Docteur PALMER, et dont l'observation était assez complète pour permettre de contrôler le diagnostic radiographique.

Les examens histologiques ont tous été pratiqués par le Docteur MORICARD, chef du laboratoire à la clinique gynécologique de Broca.

Certes l'origine d'un certain nombre d'hémorragies fonctionnelles n'a pu être précisé, mais ce qui a pu être déterminé avec certitude, c'est l'absence de toute lésion objective utéro-annexielle, ce qui a permis d'éviter toute intervention chirurgicale chez la plupart d'entre elles.

INDICATIONS ET TECHNIQUE
DE L'HYSTEROGRAPHIE
DANS LES HEMORRAGIES UTERINES

A) Indications.

L'indication majeure de l'hystérogaphie dans les hémorragies utérines est constituée par les cas où l'examen gynécologique a été entièrement négatif.

Ensuite, nous envisagerons les cas où il y a intérêt à compléter le diagnostic posé par l'examen gynécologique. Si par exemple l'examen a révélé un utérus gros, bosselé, irrégulier, l'hystérogaphie sera utile pour dépister un myome sous-muqueux surajouté.

Enfin, avant de pratiquer une hystérotomie, il peut être utile de connaître exactement la nature et le siège de la lésion pour déterminer la voie opératoire, ce qui est facile après l'hystérogaphie.

B) Contre-indications.

Les contre indications sont les mêmes que pour l'hystérosalpingographie en cas de stérilité, à savoir les infections de l'appareil génital (métrite, annexite), la grossesse et les hémorragies utérines abondantes.

La date par rapport au cycle menstruel ne joue pas ici aussi impérieusement; toutefois, si la malade est réglée, et s'il n'y a pas urgence, il est préférable de faire

l'hystéroggraphie dans la semaine post-menstruelle en phase de repos de l'appareil génital. La question qui se pose surtout est de savoir si l'hystéroggraphie peut se faire pendant que la malade saigne. Théoriquement non, à cause surtout de la possibilité d'images lacunaires dues à des caillots; il faut mettre la malade au repos et tâcher d'arrêter les hémorragies par un traitement médical. Mais, en pratique, si malgré le traitement les hémorragies ne s'arrêtent pas au bout d'une semaine, mais ont beaucoup diminué, on fera quand-même l'hystéroggraphie. Le seul danger consiste dans le passage veineux du lipiodol. C'est un incident rare, qui ne donne d'ailleurs jamais de suites fâcheuses si on s'en aperçoit rapidement par un contrôle radioscopique consciencieux au cours de l'injection.

C) *Appareillage.*

Nous donnerons la description de l'appareil de Riazi modifié par Collin sur les indications du Docteur PALMER.

a) — La partie concernant l'injection se compose d'une seringue de 20 cc. à coupe extérieure cotogonale. Chaque demi-tour de piston à vis correspond à l'injection d'un huitième de cc. de liquide, ce qui permet de connaître à tout instant la quantité injectée. Comme le piston à vis produit une force aveugle qui pourrait dépasser les limites nécessaires et donner des à coups excessifs, la seringue est munie d'un embout ayant un calibre intérieur réduit (5/10^e de mm.) qui amortit cette force de telle sorte que le débit du lipiodol devient faible et plus régulier et que la pression intra-utérine reste indépendante de la pression produite dans le corps de la seringue. (Un embout à grand calibre sert au remplissage de la seringue).

b) — La partie de l'appareil servant à conduire le lipiodol dans l'utérus et à mesurer la pression qu'on y développe, consiste en un robinet à trois voies qui relie l'embout de la seringue à une sonde utérine, et sur lequel on adapte le manomètre.

Le manomètre, très sensible, dont la dimension et le poids ont été réduits le plus possible, donne le maximum de précision. Il est gradué de 0 à 30 cm. de mercure et luminescent sur les chiffres multiples de 5 ainsi que sur l'extrémité de l'aiguille. Son cadran mobile permet de placer l'aiguille à zéro. La sonde comporte dans toute la longueur une canalisation uniforme aussi large que possible (3 mm.). Sur son extrémité antérieure glisse une olive en caoutchouc permettant l'obturation complète de l'orifice du col.

c) — Pour obtenir une étanchéité absolue, tous les joints sont réalisés par des cônes mâles et femelles qui facilitent également l'adaptation des différentes pièces de l'appareil.

d) — Un système genre étau permet l'adaptation de n'importe quelle pince à col, et, en se déplaçant sur le filetage de l'extrémité postérieure de la sonde, réalise l'obturation parfaite du col.

D) *Les produits de contraste* employés sont le lipiodol ordinaire à 40 pour 100 d'iode, le lipiodol fluide également à 40 pour 100 d'iode, mais 6 fois plus fluide que le lipiodol ordinaire, et enfin le lipiodol à 20 pour 100, qui est un mélange à parties égales de lipiodol ordinaire et de l'huile d'œillette.

Le Docteur PALMER emploie actuellement presque exclusivement le lipiodol à 20 pour 100, sauf chez les malades à paroi abdominale très grasse où il se sert du lipiodol fluide. Le lipiodol à 20 pour 100 étant 8 fois plus

fluide que le lipiodol ordinaire, donne une égalisation presque instantanée des pressions de l'utérus au manomètre et diffuse très rapidement en couche mince dans tout l'utérus. Son opacité étant 2 fois moindre que celle du lipiodol ordinaire, permet d'obtenir, pendant le remplissage de la cavité utérine, des images nuancées suivant l'épaisseur, représentant exactement le relief intra-utérin.

Les inconvénients du lipiodol à 20 pour 100 sont les fuites cervicales, plus faciles qu'avec le lipiodol ordinaire, surtout si l'instrumentation et la technique ne sont pas absolument au point. La radioscopie y est aussi plus difficile à cause de la moindre opacité.

Au cours de nos observations, nous avons pu prouver nettement la supériorité du lipiodol à 20 pour 100 sur le lipiodol ordinaire.

Chez une de nos malades (observation n° 96), présentant des hémorragies utérines, on pratique une hystéroggraphie au lipiodol ordinaire. Résultat : cavité utérine agrandie, image lacunaire déchiquetée occupant le fond utérin. D'après ces images le diagnostic de néo utérin semble s'imposer. On fait une deuxième hystéroggraphie, cette fois au lipiodol à 20 pour 100; les images obtenues sont celles, typiques, d'une hyperplasie muqueuse accentuée. L'examen histologique après curettage biopsique confirme le diagnostic d'hyperplasie muqueuse.

E. — *Technique.*

La technique de l'hystéroggraphie a été beaucoup simplifiée et améliorée dans les dernières années. Elle n'exige pas l'hospitalisation et ne comporte aucun risque pour la malade si les contre-indications ont été observées et si elle est correctement faite.

La malade est couchée sur la table de radiographie.

Après une mise en place du speculum, on nettoie le col avec une solution antiseptique. Les appareils sont stérilisés. On saisit le col avec une pince à col de Pozzi et on introduit la sonde dans le col. La sonde doit être préalablement purgée de l'air ou de l'eau de l'ébullition, en laissant s'écouler quelques gouttes de lipiodol.

L'injection doit être faite sous contrôle radioscopique. On injecte un demi-centimètre cube en surveillant les réactions douloureuses de la malade et la pénétration du lipiodol sur l'écran. Si tout se passe normalement, on continue l'injection et l'on prend un premier cliché. On lit la pression intra-utérine qui en général a dépassé 3 cm. de mercure, ce qui prouve qu'il n'y a pas de fuite.

Si on ne désire pas le passage tubaire, on prend un dernier cliché quand la pression commence à monter, montrant que la capacité physiologique de l'utérus est dépassée. C'est en général après injection de 3 cc. 1/2 à 4 cc. de lipiodol.

On prend des clichés intermédiaires s'il y a des images intéressantes à la radioscopie au cours de l'injection. Si l'image de face montre une lacune nette, on fait deux clichés de 3/4 pour voir si l'on retrouve la lacune sur ces dernières ou une encoche correspondante du contour utérin.

Il va sans dire que l'on arrêterait l'injection aussitôt si l'on voyait une image anormale d'injection veineuse, par exemple.

Enfin, après avoir retiré la sonde, on suit à la radioscopie l'évacuation du liquide et l'on prend, s'il y a lieu, un ou plusieurs clichés d'évacuation. Un cliché de contrôle, après 24 heures, n'a d'intérêt que s'il y a une image tubaire suspecte.

LES IMAGES OBTENUES

I. — L'IMAGE NORMALE

L'image de l'appareil utéro-tubaire normal rempli de lipiodol est la suivante :

La cavité cervicale a une forme ovoïde, à contour un peu crénelé par les branches de l'arbre de vie.

Elle est unie à la cavité corporéale par un canal isthmique étroit, long de 1 à 2 cm. sur les clichés.

La cavité corporéale a une forme grossièrement triangulaire, mais l'existence sur les contours d'encoches plus ou moins nettes permet en général d'y distinguer un *corps*, deux *cornes* et un *fond* unissant les 2 cornes; enfin chaque corne se termine par un petit *récessus angulaire*, limité du côté utérin par un petit diaphragme (sphincter prétubaire de certains auteurs) et se continuant à son sommet par la portion interstitielle de la trompe. La trompe se dirige d'abord en dehors sous forme d'un mince filet de lipiodol (portions interstitielle et isthmique), puis dessine une anse ou une boucle de calibre plus large (portion ampullaire) et enfin s'évase (pavillon). Au-delà, le lipiodol prend dans le péritoine un chemin variable dessinant parfois le contour de l'ovaire et de la loge ovariennne.

L'image que nous venons de décrire est une image sous tension. Au début du remplissage, le col et l'isthme ne se laissent pas distendre, le corps très peu. Le lipiodol

distend d'abord le fond et les deux cornes. Ce n'est que peu à peu que se laissent remplir les autres segments. Si le remplissage a été très doux et très lent, le passage tubaire n'a lieu que quand la pression a atteint 6 à 8 cm. de Hg.

Variations fonctionnelles

a — *Suivant le tonus.* — A côté de cette image normale du 2^e septenaire, il y a lieu de décrire les utérus hypertoniques et hypotoniques.

Les utérus hypertoniques se caractérisent, outre le chiffre élevé du tonus, constaté au manomètre, par une image corporéale à bords très concaves en dehors, par une hypercontractilité à la radioscopie effaçant par moment l'une ou les deux cornes, par une capacité physiologique petite, et par un passage tubaire précoce.

Les utérus hypotoniques au contraire se caractérisent, outre le chiffre très bas du tonus constaté au manomètre, par une image corporéale à bords convexes en dehors, par une absence à peu près totale des contractions tant à la radioscopie qu'au manomètre, par une capacité physiologique très augmentée, par un passage tubaire habituellement très tardif.

Il importe de savoir que le moment du cycle où on pratique le lipiodol influe énormément sur l'image obtenue, qui sera souvent du type hypertonique vers le 15^e jour du cycle, du type hypotonique dans la deuxième moitié du cycle.

b — *Suivant l'état de la muqueuse.* — Habituellement, au début du 2^e septenaire, la muqueuse est radiologiquement lisse.

Dans la deuxième moitié du cycle, elle est légèrement ondulée, dessinant souvent sur les clichés pris avec une

petite quantité de lipiodol (1/2 à 1 cc.) des plis de la muqueuse plus ou moins nets.

Dans les cas d'hyperplasie un peu marquée, des aspects beaucoup plus caractéristiques peuvent être obtenus : le contour utérin est festonné; l'image de face au début du remplissage a un aspect alvéolaire très spécial, dessinant les sillons séparant les bosselures de la muqueuse hyperplasiée.

II. — ASPECTS LÉSIONNELS

Des modifications pathologiques de l'utérus peuvent schématiquement se traduire :

- ou par des modifications de la forme générale de l'utérus,
- ou par une image lacunaire.
- ou par les 2 simultanément, car toute lésion intra-utérine distend et souffle en quelque sorte la zone de la cavité dans laquelle elle se développe.

1°. — *Modifications de la forme de l'utérus.*

a) — *L'atrophie scléreuse* de l'utérus se traduit par une cavité petite, indilatable, à l'isthme et aux cornes très peu marquées.

Laissant de côté *les anomalies congénitales et les hypoplasies*, nous ne décrirons ici que :

b) — *Les déformations dues aux fibromyomes.* — Les fibromyomes interstitiels, dès qu'ils sont un peu volumineux, entraînent un agrandissement de la partie correspondante de la cavité utérine. Les aspects varient donc considérablement avec le siège et le volume des myomes.

S'il y a un ou plusieurs noyaux juxta-muqueux, c'est-

à-dire près de la muqueuse, sans faire directement saillie sous celle-ci, l'image au début du remplissage peut présenter à leur niveau une lacune arrondie qui s'effacera progressivement au cours du remplissage, ou une encoche peu marquée du contour.

2°. — *Images lacunaires.*

Normalement, avec une technique correcte, il n'y a à aucun moment d'image lacunaire au niveau de l'utérus. Des images d'amputation d'une corne peuvent être réalisées par des contractions utérines, si le remplissage a été trop rapide, ou s'il s'agit d'un utérus hypertonique.

Des images lacunaires peuvent également être réalisées par des caillots, si l'on fait le lipiodol en période d'hémorragie : c'est une cause d'erreur à laquelle il faut songer.

Il faut évidemment aussi qu'une purge correcte de l'appareil ait éliminé la possibilité d'injection de bulles d'air ou de gouttes d'eau, qu'on reconnaît en général à leur petitesse, à leur caractère parfaitement circulaire, et au fait qu'elles ne sont pas au même endroit sur les différents clichés.

Ces réserves étant faites, toute image lacunaire traduit une lésion organique, faisant saillie dans la cavité utérine.

Elle en précise également le siège, le volume et la forme, surtout si l'on compare au cliché de face les deux clichés de 3/4.

Souvent enfin, elle permet de soupçonner la nature de la lésion intra-utérine, étant bien entendu que, s'il y a la moindre discordance entre ces déductions et les signes présentés, c'est l'histologie, c'est-à-dire le curettage explorateur dirigé par l'H. S. G., qui doit décider.

Ceci étant bien précisé, voici les principaux aspects rencontrés :

1 — *Myome sous-muqueux.*

- a — S'il siège sur une face, image lacunaire arrondie, s'effaçant partiellement sur le cliché de distension; encoche arrondie sur l'un des clichés de 3/4;
- b — S'il siège sur un bord, encoche arrondie.

2 — *Polype fibreux.*

- a — En général, cavité agrandie avec dilatation de l'isthme.
- b — Sur le cliché de face, image lacunaire arrondie, ne s'effaçant jamais complètement.
- c — Sur le cliché de 3/4, l'image lacunaire s'inscrit également à l'intérieur de l'image utérine.
- d — Souvent, sur l'un des clichés, on peut déterminer le siège du pédicule.

3 — *Polype muqueux.*

Ici, la cavité n'est pas ou est peu agrandie; sur le cliché de face, on constate une ou plusieurs lacunes ovales, de taille généralement inférieure à celle d'une noisette; image analogue sur les clichés de 3/4. Le pédicule est rarement vu avec netteté.

4 — *Rétention placentaire.*

L'image lacunaire occupe une étendue variable de la cavité utérine, mais respecte en général plus ou moins entièrement une des cornes. Par ailleurs, l'aspect est très variable, suivant qu'il s'agit d'un placenta complet ou de débris plus ou moins importants; dans ce dernier cas, l'image lacunaire peut avoir un aspect déchiqueté et irrégulier, comme les débris eux-mêmes. Avec le lipio-

dol fluide ou à 20 pour 100, il n'est pas exceptionnel de voir un début de passage veineux.

5 — *Cancer intra-utérin.*

Un cancer se traduit habituellement par une image lacunaire irrégulière, à bords déchiquetés.

Il faut cependant savoir qu'un cancer peut se traduire parfois par une image lacunaire à bords non déchiquetés; si le doute persiste, une biopsie sera nécessaire.

Citons encore :

— *L'hyperplasie polypoïde localisée* : l'image ressemble beaucoup à celle d'un myome sous-muqueux, mais ses bords sont moins nettement arrondis et il y en général d'autres signes radiologiques d'hyperplasie muqueuse diffuse.

— *Endométriose diffuse* : une zone du contour utérin, qui fait saillie souvent vers la cavité, est pénétrée par une série de canalicules plus ou moins ramifiés.

OBSERVATIONS

A) — MALADES AGEES DE 20 A 45 ANS

a) — MENORRAGIES AVEC LESIONS UTERINES

OBS. I. — KRO..., 37 ans — Ménorragies abondantes avec caillots depuis 1 an 1/2; 2 enfants, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : T. V. : Fibro-myomes dont un assez gros à la partie supérieure et gauche de l'utérus, un autre en avant et à droite.

Speculum : gros col avec un peu de métrite cervicale, ectropion de la lèvre antérieure du col. La muqueuse est boursoufflée.

Hystérogaphie : cavité utérine énorme, remplissage très irrégulier. Lacune centrale persistante sur tous les clichés. Donc fibrome avec myome sous-muqueux probable.

Examen du laboratoire après hystérectomie subtotale : fibrome avec réaction de salpingite chronique.

OBS. 2. — IAN..., 32 ans. Ménorragies très abondantes depuis 4 ans. Réglée 10 jours sur 28. Un enfant, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : gros utérus, irrégulier. Le col est repoussé à droite et un peu en avant. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par une tumeur irrégulière, paraissant faire corps avec l'utérus. Grosse tumeur remontant dans la fosse iliaque, implantée en arrière et à gauche.

Speculum : col un peu gros.

Hystérographie : cavité utérine très agrandie et déformée, corne gauche soufflée, ne se remplissant pas immédiatement. Le cliché de 3/4 ne montre pas d'encoche, donc pas de myome sous-muqueux vrai.

Examen du laboratoire après hystérectomie subtotale : fibromyome assez vascularisé, ovaire microkystique.

OBS. 3. — LAC..., 38 ans. Depuis un an, ménorragies abondantes, avec caillots s'accompagnant de douleurs lombaires et du bas-ventre. Pas d'enfant, pas de fausse-couche. La malade a subi 3 opérations pour polype utérin pendant les 6 dernières années, chacune à 2 ans d'intervalle.

Examen gynécologique : utérus plutôt petit, col petit, sans érosion, pas de polype visible.

Hystérographie : cavité utérine un peu allongée. Image lacunaire arrondie, encochant le bord droit du corps utérin, disparaissant presque sur les clichés de réplétion, se projetant au centre sur le cliché de 3/4.

Donc petit myome sous-muqueux probable.

OBS. 4. — DUM..., 40 ans. — Poly et hyperménorrhée depuis 2 ans.

Examen gynécologique : utérus gros, globuleux, avec plusieurs saillies, col dévié à gauche.

Hystérographie : cavité très agrandie, très déformée, avec 2 lacunes à contour arrondi, l'une à la base de la corne droite, l'autre encochant le bord gauche.

La malade refuse l'intervention. Un an après, on fait une deuxième hystérographie qui montre une cavité utérine très grande et très globuleuse, sans lacune sur le cliché de face; sur le cliché de 3/4, au contraire, le bord postérieur est flou et concave.

Diagnostic : fibromyome utérin avec 2 noyaux sous-muqueux.

Opérée le 3 mai 1941. A l'examen de la pièce on trouve : un énorme fibrome antérieur lisse et régulier, et un myome sous-muqueux qui remplissait toute la cavité utérine.

OBS. 5. — HAR..., 44 ans. — Ménorragies 7 jours sur 21, depuis un an. On lui fait un curettage suivi *d'examen de laboratoire* : muqueuse utérine état folliculinique, stratification de l'épithélium glandulaire; en certains points, prolifération particulièrement active. Il n'y a pas d'amélioration après le curettage. Au contraire, les règles deviennent plus abondantes et plus rapprochées, 8 jours sur 18.

Hystérographie : cavité utérine agrandie et globuleuse, remplie presque entièrement par une image lacunaire arrondie qui ne s'efface jamais entièrement. Trompes normales.

Diagnostic : fibrome sous-muqueux très saillant, confirmé par l'examen du laboratoire après hystérectomie vaginale.

OBS. 6. — LEM..., 42 ans. Ménorragies. Rien d'anormal à l'examen gynécologique.

Hystérographie : cavité utérine un peu globuleuse, lacune arrondie, floue au niveau du fond utérin.

Diagnostic : myome voisin de la muqueuse.

OBS. 7. — LET..., 38 ans. Ménorragies abondantes. Douleurs dans le bas-ventre. 1 enfant, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique. Speculum : rien d'anormal. T. V. : le corps utérin est en antéflexion et repose sur un énorme col.

Hystérographie : fond utérin normal. La région isthmique est souflée et contient une lacune centrale, d'où l'aspect de 2 canaux isthmiques.

Diagnostic : myome de l'isthme. On pratique une myomectomie vaginale.

Deuxième hystérogaphie après l'intervention : cavité utérine normale, isthme normal, col normal, tonus utérin 3.

OBS. 8. — PET..., 36 ans. Ménorragies abondantes avec caillots. Pas d'enfant, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : palper : petit fibrome presque médian, un peu dévié à droite, lisse, rond. *Toucher vaginal* : un myome implanté sur la partie droite du fond utérin. La partie inférieure du corps utérin paraît être tout à fait normale. Le fibrome est mobile.

Hystérogaphie : cavité utérine énorme (pour 20 cc., une pression de 6 cm. 1/2), avec une lacune arrondie du fond, pas d'image tubaire.

Diagnostic : fibrome avec noyaux sous-muqueux près du fond. Le diagnostic a pu être confirmé par l'examen de la pièce après hystérectomie totale.

OBS. 9. — REP..., 39 ans. — Ménorragies depuis un an. Règles douloureuses, abondantes, avec caillots durant 15 à 20 jours sur 28. 1 enfant, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : T. V. : utérus gros, bosselé, col irrégulier et dur. *Speculum* : petit kyste sur la lèvre antérieure.

Hystérogaphie : cavité utérine globuleuse, surtout en bas et à gauche, lacune arrondie, occupant une grande partie de la cavité sur les 2 premiers clichés.

Diagnostic : myome voisin de la muqueuse.

Examen de la pièce après hystérectomie : utérus augmenté de volume par des noyaux myomateux multiples. Il existe dans l'utérus un polype fibreux correspondant à l'image radiographique.

OBS. 10. — Bons..., 41 ans. — Ménorragies depuis 3 mois. Parfois pertes rosées entre les règles. Habituellement réglée 8 jours sur 25, pas de douleurs. Un enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : *speculum* : col normal. T. V. : utérus gros et irrégulier, remontant à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, gros noyau à gauche; mobile de bas en haut, mais pas latéralement. Hystérométrie : 11 cm.

Biopsie : muqueuse utérine, état folliculinique intermédiaire, présence de glycogène.

Hystérographie : le premier cliché montre une cavité utérine dont la partie gauche est en cupule extrêmement nette, comme tracée au compas. Sur les clichés suivants, on constate que la cavité utérine, déviée vers la gauche, présente une corne droite de volume normal; la corne gauche est souflée par une formation pathologique arrondie à contour régulier. La trompe droite est injectée alors que la trompe gauche est invisible. On hésite entre le diagnostic de myome sous-muqueux et de polype, en penchant vers l'hypothèse de myome sous-muqueux. Toutefois avant de prendre une décision opératoire, on pratique une hystéroscopie qui montre une formation arrondie, lisse, rose claire, flottant dans le liquide, donc pédiculée, qui fait poser le *diagnostic de polype*, que d'ailleurs confirme aussitôt un curettage pratiqué sous anesthésie générale au kelène, qui ramène un gros polype muqueux.

OBS. 11. — Boss..., 42 ans. — Ménorragies depuis plusieurs mois. Dysménorrhée. Un enfant, une fausse-couche.

Examen gynécologique : *speculum* : col déchiré à gauche. P. H. V. : 4,8. Lugol brun foncé. Hystéromètre : 12 cm.

T. V. : le col regarde un peu en avant. Il existe, en arrière et à gauche; une masse arrondie, dure, que l'on refoule assez facilement en haut.

Hystérographie : utérus déformé avec étirement considérable

de la corne utérine gauche. La trompe gauche est injectée; de la trompe droite, on ne voit que la partie interstitielle.

Diagnostic : fibrome interstitiel de la corne utérine gauche.

OBS. 12. — CAR..., 39 ans. — Myomectomie, il y a 4 ans, pour ménorragies. Depuis, les règles survenaient tous les 26 jours pendant 3 jours. Mais progressivement, les règles devenaient de plus en plus abondantes, de véritables hémorragies les 3 premiers jours. Actuellement, réglée 6 jours sur 20.

Examen gynécologique : col un peu congestionné, ne prend pas régulièrement le lugol. Utérus un peu gros en rétroversion partielle. On ne sent pas de noyaux fibromateux.

Hystérogaphie : cavité utérine agrandie à contour assez irrégulier, notamment une encoche arrondie de la partie basse du bord droit et un aspect un peu soufflé de la corne gauche. Image lacunaire ovalaire supra-isthmique. Les trompes sont injectées.

En résumé : Images atypiques, évoquant l'idée des zones hyperplasiques polypôides localisées ou de myomes sous muqueux.

Radiothérapie.

b) — Ménorragies sans lésions utérines

OBS. 13. — DEL..., 40 ans.

Ménorragies abondantes avec caillots, de 10 à 12 jours sur 28, depuis 6 mois. 3 enfants, 2 fausses-couches.

Examen gynécologique : T. V. : Utérus antéfléchi, dévié vers la droite. Douleur très vive à la mobilisation de droite à gauche.

Speculum : col d'aspect normal.

Conclusion : paramérite et périmérite droite.

Hystérosalpingographie : cavité utérine normale, trompes normales. Sur le cliché de contrôle, diffusion péritonéale normale.

OBS. 14. — DAR..., 36 ans.

Ménorragies depuis un an. Règles irrégulières, prolongées et très abondantes. 1 enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : T. V. : utérus de volume normal, très mobile, s'abaisse à la toux.

Speculum : col normal.

Biopsie : état folliculinique typique, œdème du chorion, nombreuses mitoses, pas de glycogène.

Hystérographie : plis muqueux assez marqués, sur les 2 premiers clichés; cavité normale sur le troisième. Pas d'images tubaires mais on n'a pas dépassé 3 cc. et 7 cm. de pression.

Diagnostic : hyperplasie muqueuse discrète.

OBS. 15. — DUB..., 36 ans.

Ménorragies très abondantes, non douloureuses. Malade très nerveuse. Métabolisme basal plus de 26 p. 100. R. O. C. 90-72.

Examen gynécologique : utérus un peu gros. Au speculum, tout est normal.

Biopsie : état folliculinique au début. Activité sécrétoire. Pas de glycogène.

Hystérographie : cavité utérine normale, trompes normales. Au début, amputation de 2 cornes par contraction, pression de 6 à 7 cm.

Diagnostic : Ménorragies d'origine thyroïdienne.

Amélioration après traitement par la diiodothyrosine.

OBS. — 16. — DIA..., 39 ans.

Ménorragies de 15 à 20 jours depuis un an. Actuellement, crises douloureuses quotidiennes du bas-ventre depuis 3 semaines. 5 enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : ventre très souple. Col gros, irrité, desquamé, prend bien le lugol en dehors de la zone irritée. Utérus gros, mou, difficile à limiter. A gauche, masse irrégulière, un peu grosse (ovaire kystique ?).

Biopsie : muqueuse utérine : état folliculinique, hémorragie dans le chorion qui est très œdémateux.

Hystérogaphie : cavité utérine un peu asymétrique, un peu globuleuse, pas d'image lacunaire, pas de trompe gauche, ébauche de la trompe droite à 4 cc. et 3 cm. de pression.

Diagnostic : pas de lésions organiques intra-utérines.

OBS. 17. — GUI..., 44 ans

Ménorragies depuis 6 ans. Les dernières règles ont duré 15 jours, après une aménorrhée de 2 mois. Antécédents : 1 enfant, infection puerpérale, péritonite.

Examen gynécologique : utérus fixé à droite, volumineux, bosselé, un peu bloqué dans la cavité pelvienne.

Hystérogaphie : cavité utérine normale, utérus dévié à droite, trompe gauche en massue, pas de trompe droite.

Amélioration après 10 séances de diathermie.

Diagnostic : hémorragies d'origine infectieuse.

OBS. 18. — LEO..., 42 ans. Polyménorrhée depuis un an. Les règles surviennent tous les 21 jours, sont très abondantes avec caillots. 1 enfant, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : utérus gros, dur, irrégulier, en rétroversion, dévié à gauche; la mobilisation est douloureuse.

Biopsie : état folliculinique intermédiaire, présence de glycogène.

Hystéro-salpingographie : cavité utérine déviée vers la droite,

pas d'image lacunaire, pas d'image tubaire gauche, image tubaire droite atypique.

Diagnostic : périmétrite droite.

OBS. 19. — RAY..., 26 ans.

Ménorragies de 12 jours sur 30, depuis un an.

Biopsie : état folliculinique prémenstruel.

L'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal.

Hystérographie : cavité utérine normale, plis muqueux nombreux et serrés sur les premiers clichés.

Diagnostic : métropathie d'origine ovarienne.

OBS. 20. — VER..., 42 ans.

Ménorragies depuis 3 ans, règles durant 10 jours sur 30. 2 enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : *speculum* : col gros, déchiré à droite. Lugol brun clair. T. V. : col abaissé à 4 cm. de la vulve; utérus en rétroversion.

Hystérographie : cavité utérine normale, trompe droite normale, pas de trompe gauche.

Diagnostic : ménorragies fonctionnelles ?

C) — MÉNORRAGIES ET MÉTRORRAGIES

OBS. 21. — FRI..., 31 ans.

Ménorragies et métrorragies depuis 1 an. Grossesse extra-utérine à 24 ans. 1 enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : rien au niveau du col, perd un peu de sang. T. V. : utérus gros, en légère rétroversion, on ne sent plus l'isthme, col renflé, orifice non élargi.

Hystérographie : utérus un peu globuleux, lacune arrondie de la corne gauche, lacune ovalaire du bord droit. Pas d'images tubaires.

Biopsie d'endomètre : réaction déciduale, présence de glycogène.

Diagnostic : métropathie déciduale ou myomes sous-muqueux ?

OBS. 22. — CAR..., 43 ans.

Ménorragies et métrorragies depuis 14 mois. Pas d'enfant, 4 fausses-couches.

Examen gynécologique : rien d'anormal.

Première hystérographie : cavité utérine plutôt petite, inclinée à droite, corne droite un peu soufflée, présentant sur les 2 premiers clichés une lacune arrondie.

Diagnostic : myome sous-muqueux ou polype.

Biopsie : muqueuse utérine hyperplasique, nombreuses mitoses et invaginations intra-tubulaires.

Deuxième hystérographie : cavité petite, lacune arrondie de la corne droite. Myome sous-muqueux probable.

OBS. 23. — FOR..., 32 ans.

Ménorragies et métrorragies depuis 4 mois. Bien réglée jusqu'à cette date. Pas d'enfant, une fausse-couche il y a 12 ans.

Examen gynécologique : col un peu dévié et fixé à droite. Corps utérin de volume normal, la corne gauche est un peu dure et sensible.

Hystérographie : l'injection du lipiodol provoque une douleur vive à gauche. Cavité utérine un peu grande, un peu globuleuse; la corne gauche se prolonge par une série de culs-de-sac divergents. Les 2 trompes sont injectées.

Diagnostic : endométriose ?

OBS. 24. — BON..., 39 ans.

Ménorragies et métrorragies abondantes depuis 3 mois. Douleurs abdominales et lombaires. 3 enfants, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : gr^{os} utérus, dur, bosselé, immobile à fibromes multiples.

Biopsie : muqueuse utérine hyperplasique, état folliculinique, chorion œdémateux avec infiltration sanguine, pas de glycogène.

Hystérographie : cavité utérine agrandie, globuleuse, 3 lacunes superposées au niveau du corps utérin, petite lacune de la corne gauche. Pas d'images tubaires pour 5 cc. et 4 cm. de pression.

Diagnostic : myomes sous-muqueux probables.

OBS. 25. — MUS..., 35 ans.

Ménorragies et métrorragies abondantes depuis 2 ans ; pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : col dévié à gauche ; l'utérus est gros et présente plusieurs fibromes dont un à droite, dur, l'autre à gauche, mou et douloureux.

Hystérographie : cavité utérine agrandie surtout le corps, qui contient sur les 3 premiers clichés une image lacunaire, ovulaire, près du bord droit.

Diagnostic : fibrome avec un noyau voisin de la muqueuse.

OBS. 26. — VACH..., 40 ans.

Ménorragies et métrorragies depuis 8 ans. Règles tous les 21 jours et pertes rouges intermenstruelles. Pas d'enfant, 2 fausses-couches.

A l'examen : l'orifice cervical est punctiforme ; au T. V., l'utérus est mobile, le bord droit paraît épaissi.

Hystérographie : cavité utérine de forme sensiblement normale,

mais le bord droit présente une encoche polycyclique dans ses 2 quarts moyens ; cette encoche s'efface partiellement sur le dernier cliché, sur lequel on constate une dilatation de l'isthme.

Diagnostic : polype muqueux, vérifié par l'examen de la pièce après hystérectomie vaginale.

OBS. 27. — MIR..., 32 ans.

Méno-métrorragies depuis 8 ans, augmentées depuis 2 mois. 2 enfants, 5 fausses-couches provoquées.

Examen gynécologique : col un peu élargi, utérus un peu gros, un peu mou, parfaitement mobile, avec tendance à la rétroflexion.

Speculum : col volumineux, orifice élargi et béant.

Hystérographie : cavité utérine agrandie. Le premier cliché montre le lipiodol arrêté à mi-hauteur avec un contour concave hémisphérique. Le deuxième cliché laisse deviner une lacune floue à mi-hauteur.

Diagnostic : polype muqueux.

Curettage et ablation du polype suivie d'un *examen histologique* : état hyperplasique, polype bénin.

OBS. 28. — DUR..., 29 ans.

Méno-métrorragies. Stérilité.

Examen gynécologique : gros utérus légèrement antéversé. A gauche de l'isthme, tumeur arrondie, grosse comme une noix, dure, non douloureuse, semblant implantée sur l'isthme.

Hystérographie : cavité utérine un peu agrandie et globuleuse, lacune arrondie, implantée sur le bord gauche. Pas de trompe droite. La trompe gauche se termine en massue.

Diagnostic : polype. Ablation d'un fibrome et d'un polype par voie vaginale. Examen histologique : polype, état très variable des tubes glandulaires. Fibro-myome.

OBS. 29. — POP., 35 ans.

Méno-métrorragies depuis un an. 3 enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : col un peu volumineux, sans ulcération, lugol un peu foncé. T. V. : utérus en position normale, très mobile, aucune irrégularité. On sent les 2 ovaires. Le col est un peu dur sur le côté gauche.

Hystérographie : cavité utérine normale, sauf la corne droite qui est soufflée et présente une lacune ovale, verticale.

Diagnostic : polype ou myome sous-muqueux.

Ablation d'un polype par curettage. *Examen histologique* : pluristratification de l'épithélium, suspect de transformation néoplasique. Biopsie de l'endomètre 3 mois après le curettage : muqueuse utérine, état folliculinique, nombreuses mitoses.

d) — MENORRAGIES AVEC PETITES REGLES DE QUINZAINE

OBS. 30. — BAR..., 35 ans.

Méno-métrorragies depuis 7 mois. Règles abondantes avec caillots six jours sur 28. Pertes sanguines intermenstruelles du 10^e au 12^e jour.

Examen gynécologique : utérus normal.

Hystérographie : le premier cliché avec 1 cc. 1/2 montre seulement la partie basse du corps et les 2 cornes. Le deuxième cliché, avec 4 cc., pression 2 1/2, montre une image lacunaire, centrale, ovale, à contour régulier; pour 12 cc. et 6 cm. 1/2 de pression, cette image s'estompe et les trompes sont injectées.

Diagnostic : myome sous-muqueux.

Traitement : testostérone. Disparition des ménorragies et des métrorragies.

OBS. 31. — HAN..., 36 ans.

Ménorragies, 8 jours sur 30. Dysménorrhée. Petites règles de quinzaine pendant 2 jours. Pas d'enfant, une fausse-couche spontanée.

Examen gynécologique : Speculum : col petit regardant en arrière, sec ; lugol noir. *T. V.* : utérus de volume normal. La mobilisation latérale est un peu douloureuse. Le paramètre gauche est un peu tendu. Douleur vive au franchissement de l'isthme.

Hystéroggraphie : la partie basse de la cavité corporeale est soufflée et contient une image lacunaire en forme de cœur qui s'efface presque entièrement sur le cliché de distension.

Diagnostic : myome sous-muqueux, confirmé après ablation.

OBS. 32. — VLA..., 34 ans.

Méno-métrorragies depuis 11 mois. Règles prolongées et pertes intermenstruelles de 3 à 4 jours, 15 jours après la fin des règles accompagnées de douleurs.

Antécédents : grossesse extra-utérine gauche, opérée il y a 4 ans. Pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : utérus un peu gros, dont le fond est un peu attiré à gauche ; au spéculum, le col est d'aspect normal, mais le toucher a provoqué une légère hémorragie utérine. On évoque les diagnostics de polype intra-utérin, de myome sous-muqueux, mais aussi celui d'épithélioma à cause de la petite hémorragie provoquée par le toucher, et on décide de pratiquer une *hystéroggraphie* qui montre une image de myome sous-muqueux typique, image lacunaire à contour arrondi qui disparaît lors de la réplétion complète, occupant les 2/3 supérieurs de la cavité corporeale.

e) — MENO-METRRORRAGIES PAR HYPERPLASIE MUQUEUSE

OBS. 33. — ARN..., 35 ans.

Méno-métrorragies depuis 2 ans. Avant cette date, elle avait des règles abondantes pendant 5 à 6 jours ; actuellement elles durent 12 à 15 jours, pertes rouges intermenstruelles. 2 enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : empâtement du cul-de-sac gauche. Utérus un peu gros, dur. Col normal. Lugol normal.

Hystéroggraphie : cavité utérine très grande, à bords festonnés. Les premiers clichés montrent une muqueuse à gros bourrelets. Hyperplasie de la muqueuse probable.

Curettage explorateur : métropathie d'origine ovarienne avec hyperplasie considérable.

Examen de la pièce après hystérectomie vaginale : l'utérus est gros, sans myome perceptible, la muqueuse est épaissie, hyperplasique. L'ovaire droit est normal, l'ovaire gauche présente plusieurs kystes. Les trompes sont normales.

OBS. 34. — CUE..., 39 ans.

Méno-métrorragies depuis 10 mois. Bien réglée jusqu'à cette date, actuellement ne reconnaît plus ses règles. Douleurs abdominales et lombaires. 2 enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : *speculum* : col un peu congestionné, un peu entr'ouvert. Lugol brun acajou. T. V. : ligament utéro-sacré gauche un peu tendu. Gros ovaire droit.

Hystéroggraphie : cavité utérine agrandie, à bords festonnés. Le cliché du début montre des gros plis muqueux irréguliers. Pas d'images tubaires pour 11 cc. et 5 cm. 1/2 de pression.

Diagnostic : hyperplasie polypoïde de la muqueuse utérine.

Examen histologique après biopsie : polype muqueux, en un

point très limité; l'épithélium parvimenteux stratifié a tendance à la kératinisation.

OBS. 35. — DUN..., 25 ans.

Méno-métrorragies et douleurs du bas-ventre depuis 2 ans. Dans ses antécédents, on note une crise de salpingite 6 mois après une fausse-couche. 1 enfant, 1 fausse-couche.

Examen gynécologique : au speculum : on voit un peu de sang noirâtre venant de l'utérus. Pas de lésion du col. T. V. : pas de lésions annexielles. Utérus un peu gros.

Hystérographie : utérus un peu asymétrique avec aspect d'amputation de la corne droite, contour festonné, isthme large, lacune arrondie, sus-isthmique.

Biopsie : muqueuse utérine avec très nombreuses invaginations intra-tubulaires, hémorragie dans le chorion, état folliculinique, état dystrophique.

Diagnostic : hyperplasie muqueuse avec polype.

OBS. 36. — BECH..., 36 ans.

Méno-métrorragies depuis 2 ans. La malade a subi un traitement de diathermie sans résultat il y a un an.

Examen gynécologique : gros col, non ulcéré, semble cicatriciel. très gros utérus, dévié à gauche, un peu globuleux, très dur au niveau du corps, très mobile, irrégulier.

Hystérographie : cavité utérine un peu agrandie, contour festonné; l'image du début montre une muqueuse à gros plis. Images tubaires normales.

Examen histologique de l'endomètre : état folliculinique typique, quelques invaginations intra-tubulaires.

Diagnostic : hyperplasie muqueuse.

OBS. 37. — DES..., 40 ans.

Méno-métrorragies depuis 7 mois. 2 enfants, pas de fausse couche.

Examen gynécologique : gros utérus mou, col entr'ouvert.

Biopsie : macroscopiquement : l'endomètre est œdémateux, friable.

Au microscope : réaction inflammatoire intense, état folliculinaire, pas de glycogène.

Hystérosalpingographie : cavité utérine un peu grande, à bords festonnés, muqueuse très plissée, hydrosalpinx droit, pas de trompe gauche visible.

Examen histologique : quelques tubes irréguliers, invaginations suspectes.

2^e hystérographie 3 mois après : même aspect que la première.

Diagnostic : hyperplasie de la muqueuse utérine.

OBS. 38. — ANT..., 39 ans.

Méno-métrorragies depuis 5 mois, avec une période d'aménorrhée de 3 mois. 2 enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : utérus de volume normal en rétroversion. Col normal.

Hystérographie : cavité utérine à contour ondulé, images à fines alvéoles.

Diagnostic : hyperplasie muqueuse ?

Curettage et examen histologique : état folliculino-luthéinique probable. Réaction inflammatoire. Pas de placenta.

OBS. 39. — CHAB..., 44 ans.

Méno-métrorragies depuis 5 mois. Hémorragies discontinues, la malade ne reconnaît plus ses règles. Auparavant, réglée 5 jours sur 26, d'abondance normale, 2 enfants, une fausse-couche.

Examen gynécologique : vulve normale, sécrétion vaginale normale, sténose de la partie supérieure du vagin. Col d'aspect normal.

T. V. : rien d'anormal, mais manque de mobilité.

Hystérographie : cavité utérine agrandie, corne gauche soufflée, de contour très irrégulier. Le contour dans son ensemble est un peu ondulé.

Diagnostic : myome interstitiel de la corne gauche avec hyperplasie muqueuse.

Biopsie et examen histologique : muqueuse utérine, état folliculinique, stratification glandulaire, quelques distensions kystiques, surcharge folliculinique ?

Traitement : testostérone.

OBS. 40. — CRA..., 27 ans.

Méno-métrorragies depuis un an avec période d'aménorrhée de 3 mois. Un enfant, une fausse-couche. Un curettage pour métrorragie il y a un an.

Examen gynécologique : gros utérus incliné à droite. Col entrouvert.

Hystérographie : cavité utérine très volumineuse à contour légèrement festonné; sur les premiers clichés, images alvéolaires d'hyperplasie muqueuse. La trompe droite est injectée.

Examen histologique : état folliculinique, pas de glycogène.

Diagnostic : métropathie hyperplasique.

OBS. 41. — GAL..., 31 ans.

Méno-métrorragies depuis 3 mois après une aménorrhée de 2 mois.

Examen gynécologique : *Speculum* : très gros col, perd encore un peu. *T. V.* : mobilisation utérine non douloureuse, à droite rien. A gauche, infiltration du ligament large.

Hystérographie : cavité utérine à contour festonné, muqueuse boursoufflée, pas d'image tubaire.

Diagnostic : hyperplasie muqueuse.

f) — METRORRAGIES IRREGULIERES AVEC LESIONS UTERINES

OBS. 42. — SPE..., 44 ans.

Métrorragies irrégulières depuis 1 an. Douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite. Pertes jaunes fétides. 3 enfants, 5 fausses-couches provoquées.

Examen gynécologique : ventre souple, utérus normal, mobile. La malade basculée, on sent une tumeur annexielle en avant, grosse comme une noisette.

Hystérographie : cavité utérine globuleuse. Au fond, le liplodol se tasse en quelques grosses gouttes comme si l'utérus contenait de l'eau. Pas d'images tubales.

Diagnostic : hydro-hémato métrie.

Hystérectomie totale : on trouve un hydrosalpinx bilatéral qui est à l'origine de l'hydro-hématométrie trouvée à la radio.

OBS. 43. — PRA..., 44 ans.

Métrorragies depuis 2 mois, durant chaque fois 15 jours. Pertes blanches abondantes empesant le linge. Auparavant, réglée tous les 25 jours pendant 5 jours. Métrite soignée depuis 10 ans. Un accouchement prématuré, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique : *Speculum* : col normal, irrité au pourtour de l'orifice. *T. V.* : utérus un peu gros, dévié à droite, régulier, col non dilaté.

Hystérographie : cavité utérine globuleuse, petite lacune centrale, horizontale. *Diagnostic* : polype.

Curettage avec ablation du polype. *Examen histologique*: polype muqueux typique.

OBS. 44. — BRU..., 23 ans.

Métrorragies depuis trois ans. Elles ont commencé deux mois après un accouchement normal. La maladie a subi trois curettages et un traitement par du radium, sans résultat.

Examen gynécologique: utérus en rétroversion, col fermé.

Biopsie d'endomètre: muqueuse utérine, état dystrophique, nombreuses invaginations intra-tubulaires, état folliculinique atypique.

Hystérographie: cavité utérine petite, hypertonique, lacune jumelée, en plein centre de la cavité, retrouvée sur tous les clichés.

Diagnostic: polype.

OBS. 45. — BAR..., 45 ans.

Métrorragies depuis trois ans. Les règles viennent tous les vingt-huit jours; elles sont peu abondantes, mais se prolongent pendant près de 15 jours par des pertes noirâtres, intermittentes. Trois enfants, une fausse-couche. On note dans ses antécédents une métrite cervicale qui a été traitée par des cautérisations au nitrate d'argent.

Examen gynécologique: au toucher, le col est remplacé par une masse kystique fluctuante au palper bidigital; le corps utérin surplombe le kyste, il est un peu gros, les annexes ne sont pas perçues.

Au speculum: le col a l'aspect un peu bleuté d'un kyste, l'orifice externe est introuvable. On revoit la malade au cours des règles suivantes. On découvre l'orifice externe du col sur lequel on appuie avec l'hystéromètre. Il s'écoule 40 à 50 cc. de sang noir, sans caillots.

Hystérosalpingographie : 1.) — Cavité cervicale très dilatée, véritablement circulaire sur les clichés. 2°) — Le canal isthmique

cylindrique, nettement détaché, dilaté. 3°) — Une cavité corporeale un peu augmentée de volume, à bords un peu convexes, d'allure hypotonique.

Il s'agit d'un cas d'*hématométrie cervicale* (C. R. de la Société Française de Gynécologie, travail de MM. FILHOULAUD et PALMER).

La malade fut traitée pendant deux mois par des dilatations de l'orifice externe du col, à raison d'une dilatation par semaine. Les métrorragies se sont arrêtées depuis.

OBS. 46. — НОИ..., 25 ans.

Métrorragies depuis six ans. Une période de métrorragies pendant 70 jours tous les printemps. Cette année, en dehors de la période printanière, métrorragies du mois d'août jusqu'au mois d'octobre. Avant, règles normales, 6 jours sur 30. pas d'enfant, pas de fausse-couche. Salpingite à 22 ans.

Examen gynécologique: spéculum: endocervicite, glaire muco-purulente. *T. V.:* utérus un peu augmenté de volume, pas de lésions annexielles.

Biopsie: état folliculinique, pas de glycogène.

Hystérosalpingographie: cavité utérine normale, lacune ovale de la partie basse du corps utérin. Trompe gauche normale, trompe droite non-injectée.

Diagnostic: polype muqueux.

OBS. 47. — ГЕС..., 42 ans.

Métrorragies depuis deux mois. Avant, règles normales, tous les 28 jours. Actuellement, règles irrégulières, intervalle de trois semaines à 2 mois. Trois enfants, une fausse-couche.

Examen gynécologique: utérus un peu gros, dévié à droite. Col déchiré.

Biopsie: réaction inflammatoire avec pachysalpingite; dégénérescence graisseuse des éléments bordant la cavité utérine.

Hystérosalpingographie: cavité utérine un peu grande, la partie basse du corps est lacunaire sur les premiers clichés. Trompe gauche normale, pas de trompe droite pour 8 cc. et 18 cm. de pression.

Diagnostic: métrite hémorragique.

g) METRORRAGIES IRREGULIERES SANS LESIONS UTERINES

OBS. 48. — SIM..., 21 ans.

Métrorragies survenant au moment des rapports, dans les huit jours qui précèdent les règles. Elles sont peu abondantes, mais avec les caillots, et douloureuses. Auparavant, règles normales, peu abondantes. Un enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: *speculum*: col normal, lugol régulier. T. V.: utérus normal, empâtement du cul-de-sac gauche.

Hystéroggraphie: cavité utérine un peu globuleuse, lacune centrale sur les deux premiers clichés.

Curettage: *examen histologique*: état folliculinique typique, œdème du chorion, pas de glycogène.

Diagnostic: hyperplasie muqueuse localisée, ?

OBS. 49. — MAR..., 24 ans.

Métrorragies sous forme des polyménorrhées; réglée tous les quinze jours, abondamment. Pas d'enfant, pas de fausse-couche. Ablation de l'ovaire gauche il y a six ans.

Examen gynécologique: *speculum*: col normal un peu dévié à droite. T. V.: latéroversion gauche, corps un peu gros. A droite: masse paraissant allongée entre la corne utérine et la paroi pelvienne. A gauche, rien.

Hystéroggraphie: cavité utérine normale, gros plis horizontaux de

la muequeuse, pas d'images tubaires pour 7 cc. et 12 cm. de pression.

Conclusion: pas de lésion intra-utérine.

Biopsie: état folliculinique, mais signes d'activité sécrétoire : pas de glycogène, chorion très fortement cellulaire avec zone hémorragiques.

Depuis le curettage, réglée tous les 21 jours pendant quatre jours, abondance normale.

OBS. 50. — GAB..., 34 ans.

Métrorragies depuis deux mois. Douleurs du bas ventre. Auparavant, règles de durée et d'abondance normales. Un enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: grosse masse annexielle à droite.

Hystéroggraphie: utérus dévié à gauche. Pas d'image lacunaire. Trompe gauche normale, trompe droite non injectée. Diffusion péritonéale normale.

Diagnostic: annexite droite.

OBS. 51. — TH..., 35 ans.

Métrorragies depuis quatre mois. Elles ont débuté après un retard des règles de vingt jours. Quatre enfants, deux fausses-couches.

Examen gynécologique: utérus un peu abaissé, couché vers la droite. Col un peu enflammé. Le lugol montre une érosion d'une pièce de 50 centimes.

Hystéroggraphie: cavité utérine normale, pas d'image tubaire, mais le dernier cliché n'a pas dépassé 3 cc. et 5 cm. de pression.

Conclusion: pas de lésions intra-utérines.

OBS. 52. — HAZ..., 44 ans.

Métrorragies depuis trois semaines environ. Auparavant, règles normales, non douloureuses. Un enfant, une fausse-couche.

Examen gynécologique: col normal, utérus en rétroversion.

Hystérosalpingographie: le premier cliché pour 1/2 cc. donne une image d'amputation des deux cornes; le deuxième cliché pour 1 cc. 1/2 montre un utérus de forme normale avec des plis de la muqueuse utérine accentués et déjà un passage tubaire bilatéral, pression 6 cm. 1/2 dès le début. Un cliché en oblique antérieur gauche montre que l'utérus est en rétroversion.

En résumé, le lipiodol ne montre pas d'autre lésion organique que la rétroversion.

OBS. 53. — DUY..., 39 ans.

Métrorragies et douleurs dans le bas-ventre depuis cinq ans. A eu quatre accouchements avec chaque fois des déchirures du périnée. A 24 ans, opérée pour rétroversion en cinquième mois de grossesse.

Examen gynécologique: col en bon état, nodule sur la face antérieure de l'isthme, corps utérin, un peu gros, pas de tumeur annexielle.

Hystérographie: la cavité utérine, un peu grande, globuleuse, image lacunaire un peu irrégulière, s'étendant du bord droit vers le bord supérieur.

Diagnostic: hyperplasie polypoïde localisée. Curettage et ablation d'un polype.

Examen histologique: dystrophie de certains tubes glandulaires. État folliculinique.

h) MÉTRORRAGIES PAR RÉTENTION PLACENTAIRE

OBS. 54. — CLE..., 39 ans.

Métrorragies après un retard de un mois et demi. Pas d'enfant, pas de fausse-couche jusque-là.

Examen gynécologique: col très petit. Utérus déplacé à gauche en rétroversion, un peu gros. On ne sent pas de tumeur annexielle.

Hystérogaphie: cavité utérine globuleuse, corne gauche soufflée, trompes normales. Les images du début montrent un aspect lacunaire, irrégulier de la corne gauche et du bord gauche du corps.

Diagnostic: rétention déciduale.

OBS. 55. — CAZ..., 27 ans.

Métrorragies intermittentes depuis trois mois, après une fausse-couche. Auparavant, règles normales quatre jours sur 28. Un enfant, une fausse-couche.

Examen gynécologique: utérus un peu gros, col fermé.

Hystérosalpingographie : cavité utérine normale, sauf la corne droite qui est soufflée et dont le contour supérieur est irrégulier. La trompe gauche est normale. Pas de trompe droite.

Curettage. *Examen histologique* : état folliculino-luthéinique avec plaques déciuiformes.

Diagnostic: rétention déciduale

OBS. 56. — COFF..., 31 ans.

Métrorragies depuis quinze jours après une période d'aménorrhée de deux mois.

Examen gynécologique: utérus gros et mou, en antéversion. Col fermé. On lui fait un curettage pour rétention placentaire. La ma-

lade continue à perdre après le curettage. Alors on pratique une *hystérosalpingographie*: cavité utérine normale sauf la corne droite qui est soufflée et dont le contour est irrégulier, trompe gauche normale, trompe droite ébauchée.

Diagnostic: rétention placentaire.

Biopsie: *villosités* choriales très dégénérées.

OBS. 57. — DER..., 32 ans.

Métrorargies depuis un an survenues huit jours après un avortement. Auparavant, règles normales cinq jours sur trente-cinq. Quatre enfants, deux fausses-couches.

Hystéroggraphie: cavité utérine normale, sauf lacune encochant le bord droit à contour assez irrégulier.

Diagnostic: hémorragie par rétention placentaire.

OBS. 58. — DUF..., 26 ans.

Métrorragies depuis deux mois après une aménorrhée de deux mois. Ces métrorragies étaient discontinues, mais elles sont devenues continues depuis quinze jours.

Examen gynécologique: gros utérus très mobile, antéversé et fléchi. Col gros et mou, entr'ouvert.

Hystéroggraphie: cavité utérine agrandie et très globuleuse, vaste lacune centrale, flou sur les bords, un peu irrégulier. *Diagnostic*: rétention placentaire.

OBS. 59. — GEN..., 38 ans.

Métrorragies très peu abondantes depuis un mois environ. La malade a fait une fausse-couche il y a deux mois et a eu le retour des couches normalement un mois après. Douleurs lombaires.

Examen gynécologique: speculum: pertes de liquide brunâtre,

gros col. T. V.: utérus gros en antéversion, un peu dévié à droite, irrégulier, très mobile.

Hystérogaphie: cavité utérine globuleuse, image d'opacité irrégulière; sur le cliché d'évacuation, grande lacune du bord gauche.

Diagnostic: rétention placentaire.

Examen histologique: après curetage: villosités choriales apparemment normales déciduales, glandes fortement chargées de glycogène.

OBS. 60. — Jos..., 26 ans.

Métrorragies depuis cinq mois. Bien réglée jusqu'à cette date, les métrorragies ont commencé par des règles qui duraient trois semaines. Depuis, petites pertes sanguines de deux jours, arrêt de trois jours, puis reprises. Deux enfants, une fausse-couche, il y a un an.

Examen gynécologique: col mou, utérus gros.

Hystérogaphie: cavité utérine globuleuse, bord droit irrégulier, pasage vasculaire.

Diagnostic : rétention placentaire.

Examen histologique : après curetage : villosités choriales, pas de réaction inflammatoire.

OBS. 61. — Nav..., 26 ans.

Métrorragies irrégulières et douleurs dans le bas-ventre depuis deux mois, après une fausse-couche de trois mois. Deux enfants, deux fausses-couches.

Examen gynécologique: corps utérin volumineux, dur, mobile, dévié à droite. Col mou entr'ouvert. Fond douloureux à la pression.

Hystérogaphie: cavité utérine agrandie et globuleuse, image lacunaire occupant les deux tiers supérieurs à contour arrondi

et à surface finement bosselée. Sur le premier cliché, seul le contour inférieur existe.

Diagnostic: rétention placentaire, confirmée par le curettage.

OBS. 62. — PAR..., 31 ans.

Métrorragies noirâtres intermittentes depuis dix jours, après un retard des règles de deux mois. Mariée depuis onze ans, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: col petit, perd du sang noir, épais. T. V.: masse sur la corne utérine gauche qui est gonflée.

Hystérographie: cavité utérine agrandie, globuleuse, occupée par une vaste lacune centrale.

Diagnostic: rétention placentaire; confirmée par le curettage.

OBS. 63. — RICH..., 29 ans.

Métrorragies abondantes avec caillots depuis un mois, quinze jours après une fausse-couche. Auparavant, réglée tous les vingt-huit jours pendant quatre jours. Deux enfants, deux fausses-couches.

Examen gynécologique: utérus gros en antéverson.

Hystérographie: cavité globuleuse, lacune encochant le bord supérieur.

Diagnostic: rétention placentaire.

Examen histologique: après curettage: villosités placentaires dégénérées.

OBS. 64. — SAU..., 35 ans.

Métrorragies très abondantes, pendant quinze jours après une aménorrhée de deux mois et demi; à deux reprises, pertes de quelques gouttes de sang à un mois d'intervalle. Trois mois avant,

la malade est venue consulter pour stérilité secondaire. A ce moment, l'examen gynécologique ainsi que l'hystéroggraphie ne révèlent rien d'anormal. Pas d'enfant, une fausse-couche, il y a trois ans.

Examen gynécologique: petite glaire cervicale avec une goutte de sang. Utérus petit. Annexe droite adhérente à l'utérus.

Hystéroggraphie: cavité utérine plutôt petite, corne droite soufflée et lacunaire, la lacune a un spect mamelonné. Deuxième cliché après 2 cc. de rétropituite, représente l'image utérine simplement diminuée d'opacité les deux trompes sont injectées. Le cliché d'évacuation montre le fond des deux cornes utérines et un aspect lacunaire persistant de la partie intermédiaire.

Diagnostic: rétention déciduale.

OBS. 65. — HEL..., 23 ans.

Métrorragies depuis quatre jours après manœuvres abortives. Retard des règles de huit jours seulement.

Examen gynécologique: col fermé, utérus un peu gros, un peu rétroversé, annexe droite douloureuse.

Hystéroggraphie: premier cliché: canal cervical dilaté, cavité du corps réduite à un petit ovoïde coiffé d'un accent circonflexe. Deuxième cliché: le contour supérieur de la cavité utérine se dessine maintenant au-dessus d'une image lacunaire bilobée.

La cavité utérine ne s'est donc, dans ce cas, entièrement dessinée qu'après une forte contraction utérine qui a permis au lipiodol de contourner l'obstacle utérin. Il n'y a pas eu de passage tubaire.

Diagnostic: rétention placentaire.

1) HEMORRAGIES INTERMENSTRUELLES AVEC CRISES INTER-MENSTRUELLES.

OBS. 66. — ALEX..., 26 ans.

Pertes de sang intermenstruelles depuis cinq ans. Huit jours après la fin des règles, pertes blanches striées de sang pendant trois à quatre jours, accompagnées de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Examen gynécologique: utérus plutôt petit.

Biopsie prémenstruelle: état folliculino-luthéinique, pas de glycogène, chorion œdémateux, aspect histologique assez atypique.

Hystéroggraphie : cavité utérine globuleuse, au début du remplissage, plis de la muqueuse utérine très marqués. Trompe gauche normale, trompe droite douteuse; mais on n'a pas dépassé une pression de 6 cm. de mercure.

Conclusion : pas de lésions intra-utérines. Hyperplasie muqueuse discrète possible.

OBS. 67. — DHED..., 37 ans.

Pertes de sang intermenstruelles. A l'examen, rien d'anormal.

Biopsie prémenstruelle: état folliculino-luthéinique atypique.

Hystéroggraphie: cette malade a subi plusieurs hystéroggraphies, d'abord au lipiodol fluide, puis au lipiodol à 20 pour 100. Cavité utérine petite avec des aspects un peu variable après la date du cycle; le seul point constant est l'existence d'une encoche du bord droit de l'utérus, à l'union de la corne et du corps, encoche arrondie qui n'a pas disparu par le curettage et qui doit donc représenter un petit myome sous-muqueux.

OBS. 68. — DESB..., 38 ans.

Depuis dix ans, douze jours après le début des règles, pertes blanches abondantes avec petites pertes de sang.

A l'examen: un peu de douleur à la mobilisation utérine.

Biopsie prémenstruelle: état folliculino-luthéinique, présence de glycogène; zones de transformation déciduiforme.

Hystéroggraphie: cavité utérine normale, trompes normales. Pas de lésions utéro-tubaires.

B. — MALADES DE 45 ANS A LA MENOPAUSE

a) POLYMENORRHEES

OBS. 69. — CHAU..., 48 ans.

Polyménorrhée depuis deux ans. Les règles viennent tous les vingt jours, tandis qu'avant la malade a eu ses règles tous les trente jours. Un enfant, 4 fausses-couches provoquées.

Examen gynécologique: utérus un peu gros. Col très gros prend le lugol irrégulièrement.

Biopsie du col: pas d'hyperacanthose, pas de signes de kératinisation de l'épithélium superficiel, mais diminution de glycogène et présence des ponts intercellulaires; sur un point très limité, kératinisation.

Hystérogaphie: cavité utérine un peu grande, inclinée vers la droite. Obturation de la corne gauche. Trompe droite partiellement injectée. *Diagnostic*: utérus fibromateux.

Revue dix-sept mois après: hémorragies persistantes, l'utérus est bosselé; sur le col, mêmes taches leucoplasiques que lors du premier examen.

OBS. 70. — COI..., 51 ans.

Polyménorrhée depuis 6 mois. Douleurs dans le bas-ventre. Pertes blanches fétides entre les règles. Huit enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: ventre ballonné, palper non douloureux. T. V.: utérus très abaissé, col jusqu'à la vulve, gros utérus globuleux, très dur à droite, mou à gauche. Col ramolli, entr'ouvert, mobilisation douloureuse surtout à droite.

Hystérogaphie : cavité utérine agrandie, globuleuse, trompe

droite normale, trompe gauche en massue, deux amas muriformes de lipiodol dans la partie gauche du pelvis.

Diagnostic: utérus fibromateux. Traitée par instillations intra-utérines de Cl^2Zn , les hémorragies s'arrêtent.

OBS. 71. — PER..., 51 ans.

Polyménorrhées abondantes avec caillots. Pas de douleurs. Deux enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: spéculum: polype muqueux de la taille d'un haricot. T. V.: périnée solide, utérus bosselé du volume du poing.

Biopsie: polype muqueux, quelques tubes glandulaires sont normaux, mais la partie superficielle très suspecte de transformation.

Hystérographie: cavité utérine agrandie, 2 lacunes arrondies, l'une à la corne gauche, l'autre à la base de la corne droite.

Diagnostic: myomes sous-muqueux.

Deuxième biopsie: état folliculino-luthéinique, œdème très marqué du chœurion.

OBS. 72. — SAV..., 47 ans.

Polyménorrhée depuis trois ans. Réglée tous les dix-huit à vingt jours. Auparavant, règles normales tous les vingt-huit jours. Un enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: abaissement des parois antérieure et postérieure du vagin. Utérus de volume normal, un peu mou. Col d'aspect érosif.

Hystérographie: utérus normal, pas de lésions intra-utérines.

Biopsie et examen histologique: état folliculinique intermédiaire, pas de glycogène.

Traitement: testostérone. Les règles redeviennent normales.

b) HYPERMENORRHEES

OBS. 73. — ABE..., 47 ans.

Ménorragies depuis deux ans, règles prolongées quinze jours, très abondantes, avec caillots. Auparavant, règles huit jours sur trente.

A 32 ans, a eu une fois des règles très abondantes pendant quinze jours, après un retard de six semaines. Depuis ménorragies à plusieurs reprises tous les deux à trois ans.

Depuis cinq mois, pertes transparentes, abondantes, entre les règles, parfois rosées. Un enfant, une fausse-couche.

Examen gynécologique: col regardant en avant, pertes teintées; quand on appuie sur le col, il sort des glaires transparentes. *T. V.*: gros utérus en antéversion; il est d'ailleurs régulier, globuleux; col mou et entr'ouvert.

Hystérogaphie: le premier cliché pour 1 cc. et 4 cm. de pression montre la partie basse du corps utérin, avec un bord droit régulier, mais un bord gauche et un bord supérieur très déchiquetés. Le deuxième cliché, 4 cc. et 4 cm. de pression, montre un bord gauche un peu irrégulier, un fond polycyclique et dentelé. En plus, dans la partie gauche, existent des marbrures assez régulières d'ailleurs. Le cliché d'évacuation donne une image très déchiquetée. Le diagnostic hésite entre une hyperplasie, muqueuse polypoïde très accusée et une épithélioma. Dans le doute, on fait une hystéroscopie qui laisse dans l'hésitation et un curettage qui ramène un abondant matériel, dont l'aspect laisse encore dans le doute; mais un *examen histologique* montre un *épithélioma cylindrique* indiscutable.

OBS. 74. — Ton..., 52 ans.

Hyperménorrhée depuis huit mois. Bien réglée jusqu'à cette date. Quatre enfants, trois fausses-couches.

Examen gynécologique: utérus en rétroversion avec quelques noyaux sur la face postérieure. *Biopsie*: état folliculinique, pas de glycogène.

Hystérographie: cavité utérine globuleuse. Le premier cliché montre des plis de muqueuse très accentués.

Diagnostic: utérus fibromateux rétroversé.

OBS. 75. — PAS..., 46 ans.

Hyperménorrhée depuis deux ans. Règles très abondantes, sans caillots, durant vingt jours. Douleurs du bas-ventre. Pertes blanches abondantes. Avant, réglée normalement. Quatre enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: utérus irrégulier, un peu bosselé, un peu gros, ferme et mobile. *Spéculum*: pas d'érosion.

Hystérographie: cavité utérine normale, mais contractions et hypertonie (pression 8 pendant tout l'examen), trompes normales.

Diagnostic: utérus fibromateux.

OBS. 76. — DEL..., 45 ans.

Hyperménorrhée. Quatre enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: utérus un peu gros, dur, bosselé.

Biopsie: état folliculino-luthéinique.

Hystérographie: cavité utérine un peu grande, mais de forme normale. Au début, contractions de la corne droite. Pression 10 cm. Trompes normales.

Diagnostic: utérus fibromateux.

OBS. 77. — LES..., 52 ans.

Hyperménorrhée depuis deux ans. Les six derniers mois, la malade n'a eu ses règles que deux fois, mais elles étaient très abon-

dantes avec caillots. Puberté à 12 ans. Règles normales quatre jours sur vingt-huit. Deux enfants, une fausse-couche.

Examen gynécologique: spéculum: ulcération du col saignant au contact. T. V.: utérus un peu gros, un peu ferme. *Biopsie du col*: muqueuse cervicale, en un point limité, état dystrophique sur l'épithélium cylindrique, glycogène normal.

Hystérogaphie: cavité utérine très agrandie, globuleuse, sans images lacunaires, ni encoche.

Diagnostic: fibromes interstitiels.

OBS. 78. — LEN..., 46 ans.

Hyperménorrhée depuis deux mois. Pas d'enfant. Pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: masse dans le ligament large droit.

Hystérogaphie: cavité utérine un peu grande. Trompes normales.

Diagnostic radiographique: pas de lésion intra-utérine. *Hystérectomie totale*. Examen de la pièce: plusieurs noyaux de fibromyome, dont un assez volumineux, développé en bas et en avant sur le côté de l'utérus et partiellement inclus dans le ligament large.

OBS. 79. — LAN..., 48 ans.

Hyperménorrhée depuis un an; les règles durent dix jours et sont très abondantes, avec caillots. Pertes blanches entre les règles. Deux enfants, trois fausses-couches spontanées.

Examen gynécologique: utérus un peu gros, dur.

Biopsie de l'endomètre: état folliculinique, chorion œdémateux, pas de glycogène.

Hystérogaphie: cavité utérine agrandie, globuleuse, corne droite très soufflée.

Diagnostic: fibromes utérins.

c) MENORRAGIES AVEC METRORRAGIES

OBS. 80. — MEN..., 46 ans.

Ménométrorragies depuis trois mois. Quelques gouttes de sang tous les matins.

Examen gynécologique: utérus normal.

Hystérogaphie: cavité utérine un peu agrandie, lacune ovulaire, verticale, encochant le bord droit du corps.

Diagnostic: myome sous-muqueux.

Examen de la pièce: après hystérectomie: myome muqueux du bord droit.

OBS. 81. — PRO..., 45 ans.

Méno-métrorragies depuis deux ans. Traitées par des R. X., les hémorragies disparaissent pendant le traitement, mais réapparaissent aussitôt après. Avant, la malade a été bien réglée, quatre jours tous les vingt-huit jours, sans caillots ni douleurs. Un accouchement à 37 ans au forceps, incision du col, enfant mort-né. Pas de fausse couche.

Examen gynécologique: col déchiré, irrégulier, lugol normal. T. V.: col très bas, utérus dans l'axe du vagin, surtout développé du côté droit qui est épaissi.

Hystérogaphie: image lacunaire à contours réguliers à droite.

Diagnostic: fibrome sous-muqueux.

Examen de la pièce: après hystérectomie vaginale: fibrome du volume d'une noix verte saillant sous la muqueuse.

OBS. 82. — RIV..., 51 ans.

Méno-métrorragies depuis trois mois. Les règles durent huit jours; entre les règles, la malade perd des gros caillots d'une façon intermittente. Pertes rosées entre les pertes hémorragiques.

Examen gynécologique: palper: utérus dépasse le détroit supérieur. T. V.: utérus gros, dépasse l'ombilic sur la ligne médiane, fibrome régulier, gros comme quatre poings.

Hystérographie: cavité utérine très agrandie, remplissage irrégulier; sur le cliché de distension, lacune arrondie de la corne droite.

Diagnostic: fibrome avec noyau sous-muqueux de la corne droite.

Examen de la pièce après hystérectomie subtotale: volumineux myome dans la paroi gauche, largement niché dans le ligament large. Deux petits myomes sous-muqueux du fond.

OBS. 83. — Rou..., 47 ans.

Ménorragies depuis sept mois, métrorragies abondantes depuis deux mois. Un enfant, pas de fousse-couche.

Examen gynécologique: T. V.: gros utérus dont le fond dépasse la symphyse pubienne de trois travers de doigts. Un peu déplacé à droite, un peu irrégulier. Consistance dure.

Hystérographie: cavité utérine déformée, corne droite considérablement soufflée et occupée en grande partie par une image lacunaire à contour arrondi. Une deuxième lacune beaucoup plus petite dans la partie basse du corps.

Diagnostic: myomes sous-muqueux probables.

OBS. 84. — Tal..., 49 ans.

Méno-métrorragies depuis huit mois. Auparavant, réglée toutes les trois semaines, pendant 5 à 6 jours. Deux enfants, pas de fausse-couche. A subi une opération pour hyperthyroïdie. Myomectomie il y a un an.

Examen gynécologique: T. V.: utérus un peu augmenté de volume, douleurs dans le cul-de-sac droit, annexes non perçues. Spéculum: col normal.

Hystérographie: cavité utérine normale, pas d'image tubaire, malgré une pression de 27 cm. à 4 cc. de lipiodol. (La malade est basedowienne).

Diagnostic: pas de lésion intra-utérine; obturation des cornes.

OBS. 85. — CAU..., 48 ans.

Méno-métrorragies depuis six mois avec des amenorrhées de deux mois. Pertes jaunes depuis trois ans. Pas de douleurs, pas de bouffées de chaleur. Deux enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: Sécrétion vaginale normale. Col gros, orifice normal. P. H. V.: 5,5. Lugol normal.

T. V.: col plutôt mou, la partie supravaginale du col est souflée par une masse arrondie, dure, surmontée d'un corps utérin de volume normal. Fibrome de l'isthme probable.

Hystérographie: cavité utérine agrandie, un peu coroliforme, trompe droite injectée avec passage péritonéal net, trompe gauche injectée sur le cliché d'évacuation. Isthme long et étroit (3 cm. sur le cliché). Aucune image lacunaire.

En résumé : en comparant aux signes cliniques, il faut conclure : myome interstitiel de l'isthme.

La malade ayant 48 ans, on décide la radiothérapie.

OBS. 86. — DOUB..., 50 ans.

Ménorragies et métrorragies abondantes depuis deux mois. Jusqu'à cette date, règles normales. Quatre enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: gros col assez ulcéré. Utérus un peu augmenté de volume, légèrement dévié à droite, un peu douloureux sur la corne droite.

Hystérographie: sur le premier cliché, pour 1/2 cc. on voit l'isthme dilaté, la partie basse du corps utérin se terminant en

cupule. Pour 1 cc., 1/2 la cavité tout entière est dessinée, mais elle contient à sa partie moyenne une lacune ovalaire très bien limitée; il semble aussi exister une petite lacune arrondie de la corne gauche. L'image lacunaire centrale est restée centrale sur l'oblique antérieure droite et gauche.

Diagnostic: polype muqueux.

OBS. 87. — GLOR..., 51 ans.

Ménorragies et métrorragies depuis 1 an 1/2. Pertes abondantes avec caillots pendant trois semaines, arrêt dix jours, nouvelles pertes. Pas de bouffées de chaleur. Deux enfants, une fausse-couche.

Examen gynécologique: gros col sans lésions. Gros utérus dont le fond remonte à quatre travers de doigts au-dessus du pubis, extrêmement mobile.

Hystérogaphie: le cliché de remplissage montre que l'olive de la sonde a pénétré dans le col utérin jusqu'à l'isthme; la cavité utérine est globuleuse, ses bords droit et gauche sont convexes et bien délimités, les trois quarts de la cavité sont occupés par une lacune à bord inférieur arrondi, très flou; sur le cliché d'évacuation, on aperçoit les trois bords de la cavité utérine dessinés par de petites taches de lipiodol encerclant une lacune arrondie de 5 cm. de diamètre.

Diagnostic: polype fibreux.

d) METRORRAGIES IRRÉGULIÈRES

OBS. 88. — MOUCH..., 50 ans.

Métrorragies depuis un an, très abondantes; dans les intervalles, pertes rosées.

Examen gynécologique: tumeur médiane qui remonte à deux

travers de doigts de l'ombilic, surtout développée à droite. T. V.: l'utérus, surtout développé à droite, présente un noyau dur à droite et en arrière, un noyau mou sur le fond et en avant.

Hystéroggraphie: cavité utérine énorme, la partie gauche est floue avec une lacune centrale.

Diagnostic: fibrome utérin avec un nodule sous-muqueux, pas d'images tubaires pour 10 cc. et 4 cm. de pression.

Examen de la pièce après hystérectomie: au fond de l'utérus, un gros myome ramolli et gonflé d'œdème, deux à trois autres noyaux plus durs au-dessus et à droite. Cavité utérine agrandie et déformée dans laquelle le gros myome faisait saillie.

OBS. 89. — Rou..., 46 ans.

Métrorragies abondantes depuis douze jours. Traitée depuis cinq ans pour métrite hémorragique. Pertes jaunes entre les règles. Depuis la puberté poly et hypermenorrhée. Un accouchement prématuré, une fausse-couche.

Examen gynécologique: ovaire droit un peu gros. Utérus antéversé.

Hystérosalpingographie: cavité utérine normale, hypertonique, pas d'image tubaire gauche, hydrosalpinx droit. Stase tubaire droite sur le cliché de contrôle.

Diagnostic: hydrosalpinx.

Examen de la pièce après hystérectomie totale: hydrosalpinx bilatéral.

OBS. 90. — Via..., 48 ans.

Métrorragies depuis deux mois. Etat général déficient. Hypertension, crises hépatiques, vomissements, glycémie élevée, urée sanguine: deux grammes; crises d'asthme, albuminurie, amaigrissement. Anémie: G. R.: 2.950.000, leucocytes: 17.000, 2 enfants, pas de fausse-couche.

Hystéroggraphie: cavité utérine non agrandie et non dilatable, 25 cm. de pression pour 3 cc. de lipiodol. Pas de rétrécissement isthmique. Muqueuse un peu irrégulière, contour légèrement festonné.

Diagnostic: pas de lésion intra-utérine.

Biopsie de l'endomètre: muqueuse utérine, chorion très dense; la muqueuse n'est pas hyperplasique, pas de mitoses, état hypofolliculinique.

Conclusion: métrorragie par troubles sanguins.

OBS. 91. — SAP..., 49 ans.

Métrorragies depuis quelques mois.

Examen gynécologique: utérus de volume normal; le col ne présente aucune lésion et ne fait aucune saillie dans le vagin.

Hystéroggraphie: image de cavité cervicale, se terminant en pointe vers la droite.

Diagnostic: obturation isthmique.

Curetage: cavité corporeale 11 cm.; on ramène des fragments d'endomètre.

Examen histologique: muqueuse utérine à différents stades, quelques tubes à tendance kystique, présence de glycogène, surtout basal, peu dans la lumière des tubes. Muqueuse cervicale chargée en glycogène.

OBS. 92. — Tou..., 50 ans.

Métrorragies peu abondantes, noirâtres, depuis quelques mois; elles sont devenues continues depuis deux mois. Règles normales tous les 30 jours. Opérée d'un kyste de l'ovaire droit il y a dix ans.

Examen gynécologique: utérus en antéflexion, isthme très difficile à franchir, cavité 10 cm.

Hystérosalpingographie: cavité utérine à bords un peu festonnés, hydrosalpinx droit.

Diagnostic: pas de lésion intra-utérine, hydrosalpinx droit; soignée par instillations intra-utérines de Cl^2Zn . Après le traitement, les métrorragies se sont complètement arrêtées. La malade a eu ensuite trois périodes menstruelles à intervalle de deux mois chacune, puis arrêt complet des règles pendant un an lors de sa dernière consultation en janvier 1941.

e) MENO-MÉTRORRAGIES MENOPAUSIQUES
AVEC HYPERPLASIE RADIOLOGIQUE

OBS. 93. — CHRI., 46 ans.

Métrorargies depuis trois mois après un retard de règles de trois semaines. Deux enfants, deux fausses-couches.

Examen gynécologique: gros utérus dévié à gauche, légèrement douloureux. Col fermé. Gros utérus avec petits noyaux dans la partie inférieure gauche. Plusieurs noyaux myomateux dans la paroi.

Hystérographie: le cliché de remplissage (15 cc., 4 cm. de pression) montre une cavité utérine très agrandie, à contour festonné, assez irrégulier, et probablement deux lacunes arrondies répondant à des myomes sous-muqueux.

Diagnostic: utérus fibromateux avec myomes sous-muqueux.

OBS. 94. — GAL., 49 ans.

Méno-métrorragies depuis cinq mois après une aménorrhée de trois mois. Trois enfants, une fausse-couche. Curettage pour métrorragies il y a deux ans.

Examen gynécologique: spéculum: orifice cervical béant, col di-

laté: T. V.: utérus rétroversé, dévié à droite, gros, paraît avoir augmenté de volume. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Hystérographie: cavité utérine agrandie à contour festonné, surtout au niveau du fond. Trompes normales. Les images du début montrent des gros plis irréguliers.

Diagnostic: hyperplasie muqueuse.

Biopsie: métropathie d'origine ovarienne.

OBS. 95. — Rouss..., 46 ans.

Métrorragies quotidiennes abondantes depuis deux mois. La malade ne reconnaît plus ses règles. Depuis deux ans, règles irrégulières. Trois enfants, une fausse-couche.

Examen gynécologique: sécrétion glaireuse, transparente, abondante. T. V.: utérus un peu gros, un peu dévié vers la droite.

Hystérographie: cavité utérine agrandie à bords légèrement festonnés. Les images du début montrent de gros plis de la muqueuse dans toute la cavité corporéale. Pas d'image tubaire pour 7 cc. et 18 cm. de pression.

Diagnostic: hyperplasie muqueuse probable.

Examen histologique après curetage: état folliculinique, chorion très dense, œdémateux, pas de glycogène. La malade ne saigne plus après le curetage.

OBS. 96. — Boc..., 50 ans.

Métrorragies abondantes qui ont commencé sous forme de ménorragies, depuis trois mois. Deux enfants, une fausse-couche.

Examen gynécologique: col un peu gros, corps augmenté de volume, dur, irrégulier, remontant à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne, culs-de-sac libres.

Hystérographie au lipiodol ordinaire: cavité utérine agrandie, image lacunaire déchiquetée, occupant tout le fond utérin.

Diagnostic: néo probable.

Hystérogaphie au lipiodol à 20 pour 100: cavité utérine agrandie à bords un peu festonnés; les images du début montrent de gros plis muqueux distribués régulièrement dans toute la cavité corporeale.

Diagnostic: hyperplasie muqueuse, confirmée par l'examen histologique.

Curettage et examen histologique: état hyperplasique de la muqueuse, distension des quelques tubes glandulaires. Etat de désorganisation de quelques tubes. On ne peut pas conclure à un début de néoplasme. Surcharge folliculinique. Pas de glycogène.

La malade a été revue deux mois après le curettage; elle n'a plus saigné depuis.

OBS. 97. — CHA..., 50 ans.

Métrorragies depuis six mois, sous forme de ménorragies d'abord, puis de pertes sanguines continues. Deux enfants, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: palper: utérus très gros, dur, dont le fond remonte à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne. Spéculum: col irrégulier, œufs de Naboth. Le col semble largement perméable. T. V.: utérus augmenté de volume.

Hystérogaphie: cavité utérine agrandie à bords festonnés, muqueuse présentant une image en nid d'abeille. Pas d'image tubaire.

Diagnostic: hyperplasie muqueuse.

Examen histologique après curettage biopsique: état folliculinique, chorion œdémateux et hémorragique, pas de glycogène.

OBS. 98. — MILL..., 51 ans.

Méno-métrorragies abondantes continues, avec caillots, depuis 6 mois. Pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Examen gynécologique: col normal, utérus légèrement rétro-versé. Induration à la partie inférieure du col. La face postérieure de l'utérus est indurée.

Hystéroggraphie: cavité utérine agrandie, à contour festonné.

Diagnostic: métropathie hyperplasique.

Examen histologique de l'endomètre: muqueuse utérine, état folliculinique, Endroits œdémateux.

OBS. 99. — LAM..., 46 ans.

Méno-métrorragies. Alternative d'hémorragies et d'aménorrhées depuis neuf mois.

Examen gynécologique: palper: dans le côté droit, au-dessus de l'ombilic, tumeur volumineuse remontant en haut sans qu'on puisse sentir la limite supérieure. Se déplace nettement avec les mouvements respiratoires. Se prolonge en haut très largement ; on accroche en dedans cette tumeur. On a bien l'impression que c'est le bord du lobe droit du foie.

Toucher vaginal: utérus un peu gros, orifice externe élargi.

Hystéroggraphie au lipiodol ordinaire. Utérus de volume et de forme normaux, image lacunaire encochant fortement le bord gauche, légèrement frangé. La malade ayant une cirrhose du foie, on hésite à l'opérer et on décide de lui faire une *hystéroscopie* et un curettage qui ramène une muqueuse hyperplasique et une masse polypoïde ayant sensiblement les dimensions de la lacune.

Hystéroggraphie après le curettage. Utérus élevé vers la droite présentant encore une image lacunaire au-dessous de la corne gauche, mais beaucoup moins régulière que sur le premier lipiodol.

Conclusion: hyperplasie polypoïde localisée.

OBS. 100. — DHE..., 46 ans.

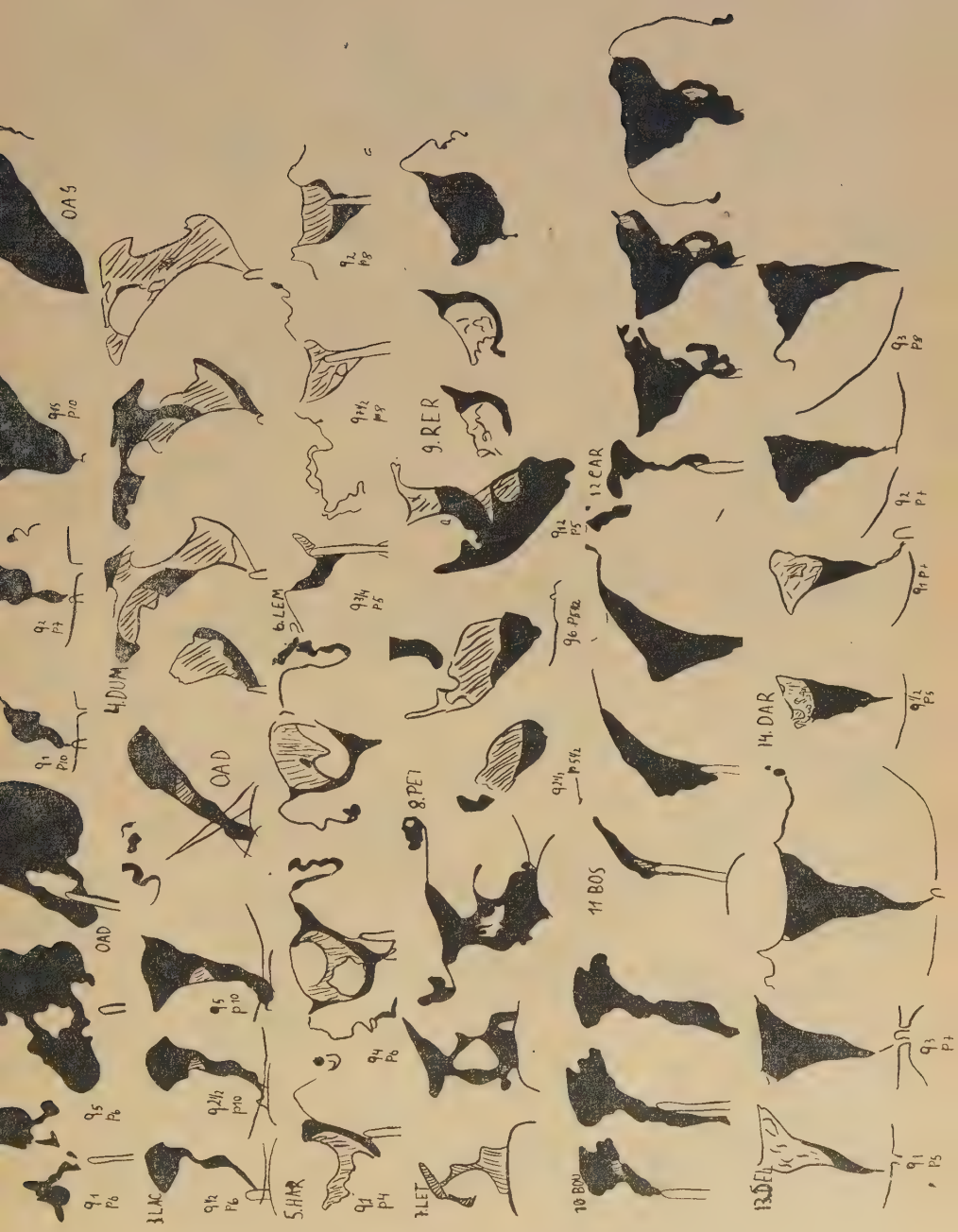
Méno-métrorragies depuis deux mois, abondantes sans caillots. Un enfant, pas de fausse-couche.

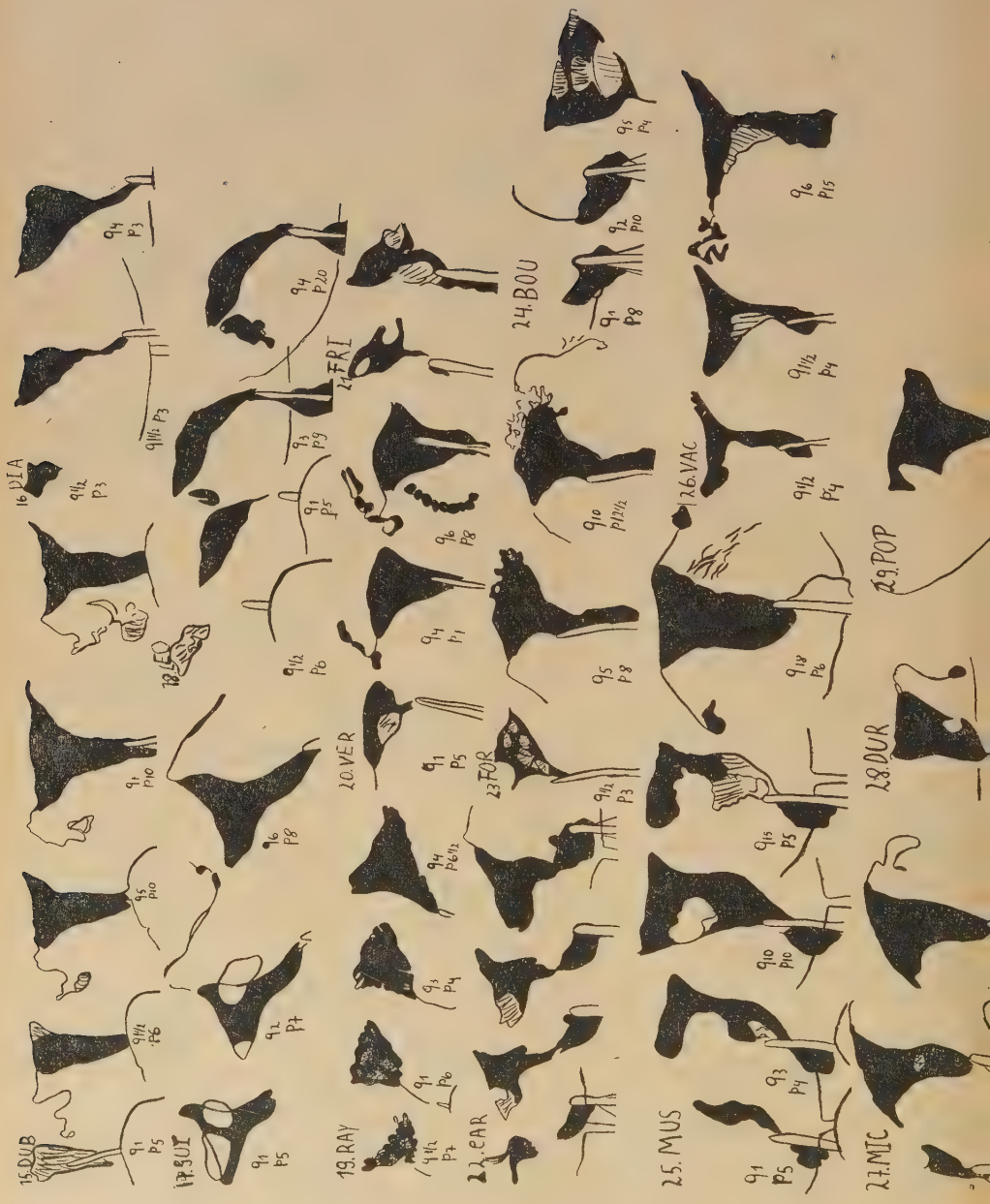
Examen: vaginite granuleuse: T. V.: utérus globuleux, annexe, droite normale; à gauche, il existe une masse qui ne fait que partiellement corps avec l'utérus.

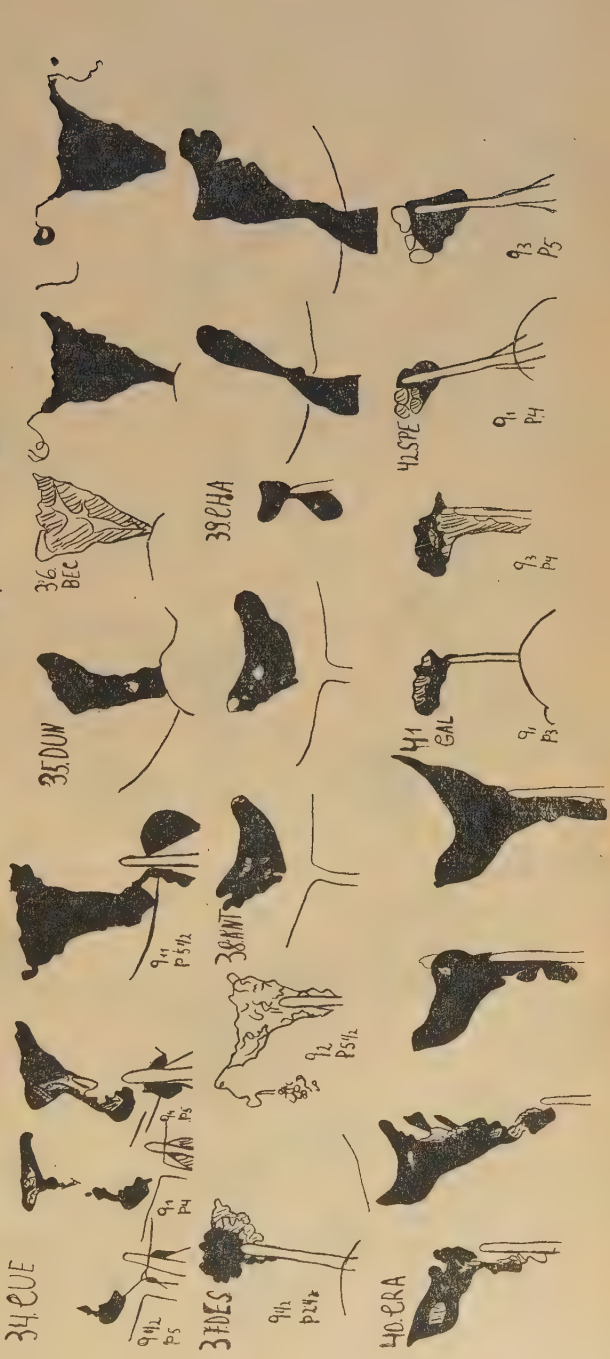
Hystérographie: injection intra-cervicale, très difficile, très douloureuse, cavité cervicale très dilatée, isthme non visible sur la radio; plus haut, on voit une grosse goutte de lipiodol, probablement intra-corporéale, à contour arrondi.

On lui fait une dilatation aux bougies à gradins jusqu'au n° 30 et une biopsie par aspiration dans la cavité utérine sous anesthésie générale au kelène. L'isthme était extrêmement induré, mais le curettage n'a pas montré des aspects anormaux. On pense à des ménométrorragies par sténose cervicale; on fait une deuxième *hystérographie*: cavité cervicale dilatée, isthme non visible, cavité corporéale de dimensions sensiblement normales, mais à contour festonné et aspect un peu alvéolaire évoquant l'idée d'hyperplasie muqueuse.

Examen histologique après le curettage: état folliculinique; en certains points, tendance à la stratification épithéliale. Pas de glycogène.

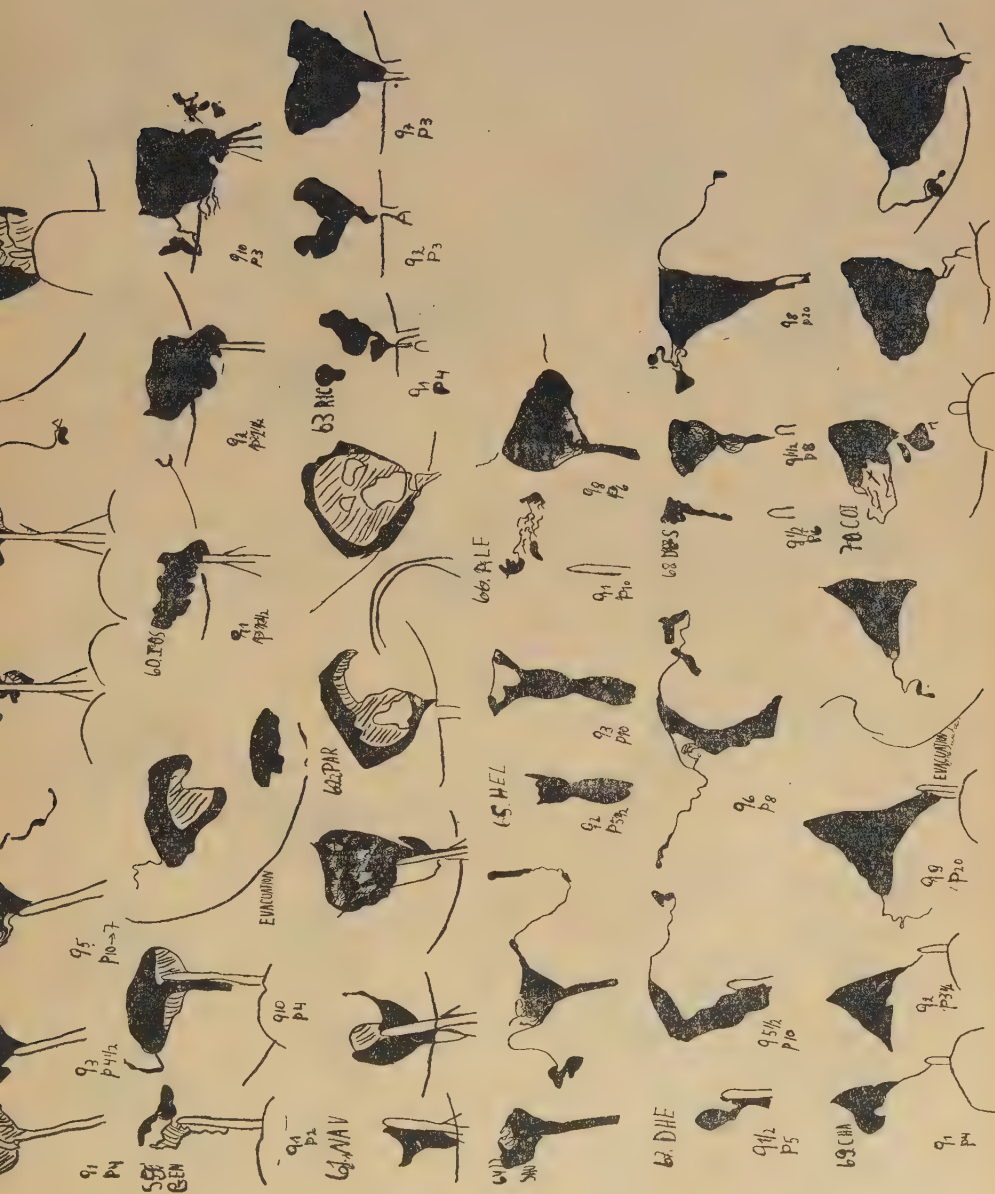






45. BAR





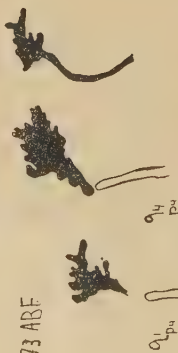
MPET



12 SAV



73 ARE



q1 p1

q14 p2

q14 p2

75 PIS



q14 p2

q14 p2

KADEL



q1 p10

q2 p10

q14 p14

q2 p14

OAD



q2 p3

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

q14 p14

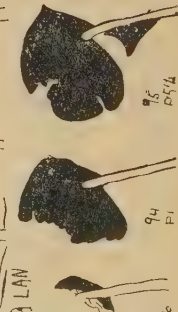
q14 p14

q14 p14

22 IES



19 LAN



q14 p14

q14 p14

q14 p14

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD

OAD





STATISTIQUE

Nous avons classé nos observations, d'une part d'après l'âge des malades (avant et après 45 ans), et dans chacun de ces groupes nous avons étudié successivement les ménorragies. Les ménorragies avec métrorragies surajoutées, les hémorragies intermenstruelles, les métrorragies entre des règles conservées et enfin les méno-métrorragies irrégulières. Globalement nous trouvons :

1) *Image utérine normale* : 19 cas, dont :

- 6 ménorragies avant 45 ans dont 4 hyperménorrhées et 7 polyménorrhées,
- 7 métrorragies ayant 45 ans,
- 2 hémorragies intermenstruelles avant 45 ans,
- 2 ménorragies avant 45 ans où l'examen clinique a révélé de la paramétrite,
- 1 ménorragie et métrorragie après 45 ans,
- 1 méno-métrorragie irrégulière de la ménopause.

2) *Cavité agrandie sans lésion intra-utérine* : 15 cas, dont 5 d'une façon régulière (utérus dit fibromateux), chez des malades après 45 ans se manifestant deux fois par des polyménorrhées et trois fois par des hyperménorrhées; 9 agrandies d'une façon asymétrique, il s'agissait dans ces cas de myomes interstitiels. Quatre de ces malades étaient âgées de moins de 45 ans, présentant des ménorragies; les cinq autres, après 45 ans, présentaient

des hyperménorrhées dans trois cas, et des ménorragies avec métrorragies surajoutées dans deux cas.

3) *Hyperplasie muqueuse diffuse* radiologiquement évidente et répondant en général à des état folliculiniques atypiques caractérisés : 16 cas, dont 9 chez des malades avant 45 ans se manifestant par des méno-métrorragies et 6 cas de méno-métrorragies irrégulières de la méno-pause chez des malades après 45 ans.

4) *Lésions intra-utérines localisées*, 49 cas dont :

a) 12 rétentions placentaires;

b) 2 hyperplasies muqueuses localisées dont une chez une malade de 31 ans à type d'hyperplasie déciduale et l'autre chez une malade de 46 ans, hyperplasie muqueuse avec un état folliculinique atypique.

c) Myomes sous-muqueux, 18 cas, dont 12 chez des malades avant 45 ans se manifestant cinq fois par des ménorragies simples et 6 fois par des ménorragies et métrorragies dont 3 à type de petites règles de quinzaine. Six myomes sous-muqueux chez des malades après 45 ans présentant une fois de la polyménorrhée et 5 fois des ménorragies et métrorragies.

d) 2 myomes juxta-muqueux chez des malades avant 45 ans présentant des ménorragies.

e) 10 polypes dont 8 chez des femmes avant 45 ans, provoquant dans quatre cas des ménorragies et métrorragies, 3 fois des métrorragies et une fois des petites pertes rouges intermenstruelles accompagnant la crise intermenstruelle. Deux malades après 45 ans présentant des ménorragies et des métrorragies.

f) Un cancer chez une malade de 47 ans présentant des ménorragies et des pertes rosées intermenstruelles.

g) 5 lésions diverses dont :

- une endométriose probable, chez une malade de 32 ans, provoquant des ménorragies et métrorragies;
- une hydrohématométrie; malade âgée de 44 ans se manifestant par des métrorragies;
- une hématométrie cervicale et une métrite hémorragique. Les deux malades âgés de moins de 45 ans, présentant des métrorragies;
- une sténose de l'isthme chez une malade de 49 ans provoquant des méno-métrorragies irrégulières.

5) *Lésions tubaires radiologiques.*

Deux cas d'hydrosalpinx chez des malades après 45 ans se manifestant par des méno-métrorragies irrégulières.

Le petit nombre d'hydrosalpinx tient probablement à ce qu'on n'a pas recherché systématiquement le passage tubaire et qu'on l'a même le plus souvent volontairement évité.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons les 100 derniers cas d'hystéro-salpingographie au lipiodol pratiquées à la clinique gynécologique de Broca pour des métrorragies avant la ménopause.

II. — Nous confirmons la valeur du lipiodol à 20 pour 100, pour cet usage, car il donne des images nuancées, permettant, plus souvent que le lipiodol ordinaire, de poser un diagnostic de la nature probable de la formation intra-utérine pathologique.

III. — Nous avons repris la description de l'image utéro-tubaire normale et de ses variations suivant le tonus utérin et l'état de la muqueuse et précisé l'aspect radiologique des hyperplasies muqueuses accentuées.

IV. — Nous avons ensuite précisé les principaux aspects lésionnels : modification de la forme (atrophie, anomalies, déformations par les fibro-myomes interstitiels) ; images lacunaires (myome, polype fibreux, polype muqueux, rétention placentaire, hyperplasie polypoïde localisée, etc...).

V. — Enfin, nous avons montré quelles lésions répondaient aux différents types fonctionnels des hémorragies utérines avant et après 45 ans.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
P. MOCQUOT

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

BECLERE (Claude). — L'exploration radiologique en gynécologie. Technique. Résultats. *Masson* 1928.

— Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. *Masson* 1936.

COTTE (G.). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. *Masson* 1928.

— Le radiodiagnostic en gynécologie. *Gyn. et Obst.*, T. II, 1931.

COTTE et BERTRAND. — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. *Gyn. et Obst.*, août 1926.

FAURE (Jean-Louis) et SIREDEY (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 4^e édition, 1928.

FRANCILLON-LOBRE et Jean DALSACE. — Diagnostic des lésions utérines pour l'hystéroggraphie. (*Documentaire méd.*, décembre 1936).

FREUDENTHAL Paul. — Hystérosalpingographie. (*Ugeskr. Laeg.*, 1934).

HAMARD, GIRARD et SOUBIRAU. — Association de l'hystérosalpingographie et de l'hystéroscopie dans le diagnostic des lésions intra-utérines. (*Arch. Electro Médical*, 46, 1928).

MATHIEU, ALBERT. — The value of hysterosalpingography in gynecologic diagnosis. *Radiology*, 28, 1937.

MOCQUOT, PALMER, LEJEUNE, RIAZI. — Hystéroggraphies au lipiodol

avec contrôle manométrique vrai, dans les pressions basses. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 3 juillet 1936.

MOCQUOT et PALMER. — Recherches sur le tonus utérin. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1^{er} mars 1937.

MOCQUOT, PALMER et CHRISTEAS. — L'Hystérosalpingotonographie. *Bull. Soc. Gynec.* 27 (1 1938).

ORNDORFF, BENJAMIN (H.). — X rays and the biopsitomie in a study of the corpus uteri. *Radiology*, 31, (1938).

PALMER. — Exploration fonctionnelle de l'utérus et des trompes par l'hystéro-salpingographie et l'insufflation tubaire. *Journal des praticiens*, juin 1937.

SCHAEFFER. — Die Kontrastbestrahlung in der Gynaekologie. (*Arch. Gynaek.*, 166, (1938).

— Die Gefahren der Hysterosalpingographie und ihre Vermeidung. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1936, II.

SCHULTZE, GUNTHER (K.-F.). — Kontrasfüllung der weiblichen. Genitalorgane. *Fortschr. Roentgenstr.*, 56, (1937).

SETTERGREN, FOLKE. — Untersuchung mit Hysterosalpingographie und einige diesbezügliche Gesichtspunkte. *Nord. Med. Tidskrift* (1933).

THIEL WOLFGANG. — Einige interessante Hysterosalpingogramme und ihre Beziehungen zum klinischen Befund. *Zentralbl. Gynäk.*, 1937.
